



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

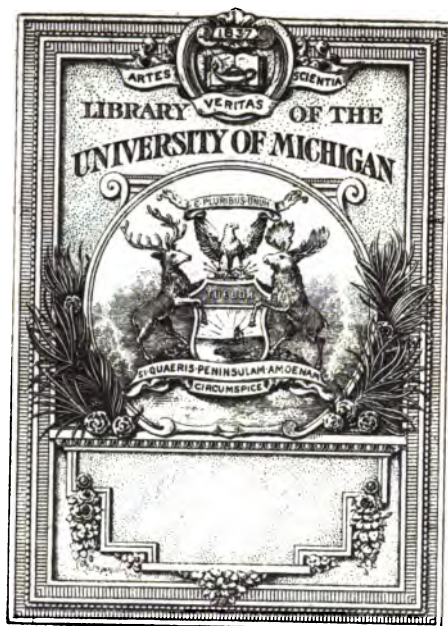
Nous vous demandons également de:

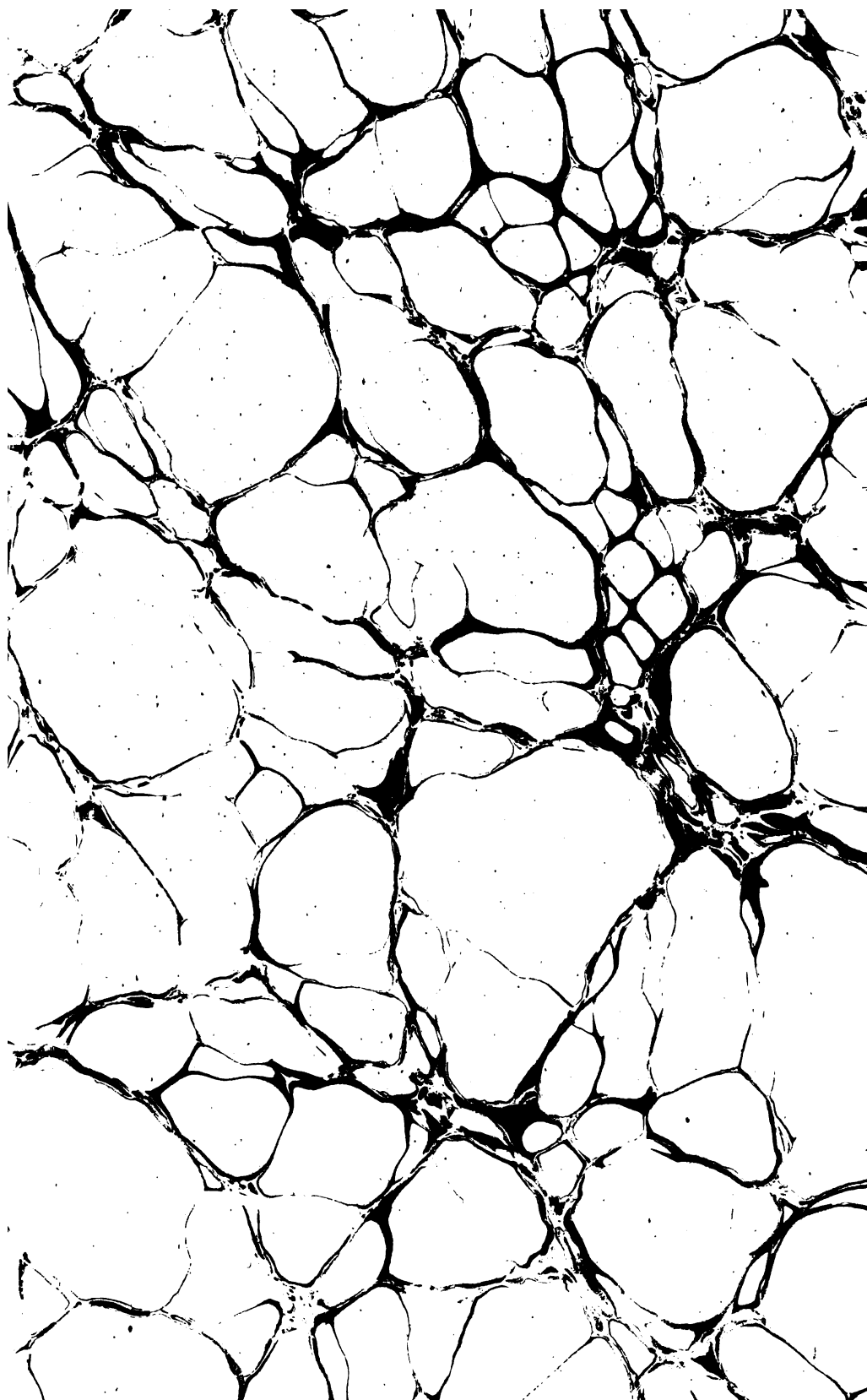
- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>







610,5

S678

013

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Liste des Membres honoraires.

MM.

BAILLY, 7, rue Rouget de l'Isle.
BERGER, 14, rue du Bac.
DUPLAY, 2, rue de Penthièvre.
DE SOYRE, 44, rue Jacob.
DEVILLIERS, 8, rue de l'Arcade.

MM.

FERDUT, 5, rue du Regard.
MARCHAND, 83 bis, r. Lafayette.
RICHET, 15, rue de l'Université.
SIREDEY, 23, rue St-Lazare.

Membres titulaires.

MM.

AUVARD, 21, rue de Lille.
AVRARD, 9, rue Chomel.
BAR, 4, rue Saint-Florentin.
BONNAIRE, 1, bd Henri IV.
BUDIN, 129, bd St-Germain.
CHARPENTIER, 66, rue Miromesnil.
DOLERIS, 74, rue Miromesnil.
DUMONT-PALLIER, 24, r. Vignon.
GRESLOU, 7, r. Rouget-de-Lisle.
GUENIOT, 1, rue de Lille.
A. GUERIN, 11 bis, rue Jean-Goujon.
JOUIN, 42, rue Richer.
KIRMISSON, 27, quai d'Orsay.
LABUSQUIERE, 5, r. Coëtlogon.
LE PILEUR, 15, rue de l'Arcade.
LOVIOT, 88, rue d'Amsterdam.

MM.

LUCAS - CHAMPIONNIÈRE, 3, avenue Montaigne.
LUTAUD, 35, boul. Haussmann.
MAYGRIER, 13, r. des Pyramides.
NIVERT, 22, rue Bayard.
OLIVIER, 6, rue Maubeuge.
PAJOT, 14, r. Monsieur-le-Prince.
PERIER, 9, rue Boissy-d'Anglas.
PETIT (André), 33, quai Voltaire.
PETIT (Paul), 30, rue Racine.
POLAILLON, 229, bd St-Germain.
PORAK, 142, boul. St-Germain.
REY, 7, rue Saint-Lazare.
RICHELOT, 32, r. de Penthièvre.
SCHWARTZ, 122, Bd St-Germain.
TERRILLON, 39, b. Haussmann.
THEVENOT, 44, rue de Londres.
VERRIER, 15, rue des Ecoles.

Membres correspondants.

Nationaux

MM.

BOUSQUET, de Marseille.
CORDES, de Genève.
GUICHARD, d'Angers.
HIRIGOYEN, de Montpellier.
MARTEL, de Saint-Malo.
PERRET, de Rennes.
ROUVIER, de Beyrouth.
SABAIL, de Saint-Sauveur.
SECHEYRON, de Toulouse.
TRIAIRE, de Tours.

Etrangers

MM.

BETRIX, de Genève.
CLOPATOFISKY, de Colombie.
CORTIGUERA, de Santander.
CRUCEANU, de Bucharest.
LA TORRE, de Rome.
LUSK, de New-York.
MISRACHI, de Salonique.
NARICH, de Smyrne.
NEUGEBAUER père, { de Varso-
NEUGEBAUER fils, { vie.
VULLIET, de Genève.

Membres décédés depuis la fondation de la Société.

Titulaires

MM.

GILLETTE.
GALLARD.
MARTINEAU.

Correspondant étranger

M.

WASSEIGE, de Liège.

BULLETINS & MÉMOIRES
DE LA
SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE
ET
GYNÉCOLOGIQUE
DE PARIS

POUR L'ANNÉE 1889

PUBLIÉS SOUS LA DIRECTION DE MM.

CHARPENTIER

Secrétaire général

REY

Secrétaire des Séances



PARIS
BUREAU DES PUBLICATIONS DU *Journal de Médecine de Paris*
35, BOULEVARD HAUSSMANN, 35

—
1890

SOCIÉTÉ
OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE
DE PARIS

**Composition du Bureau
POUR L'ANNÉE 1890**

<i>Président,</i>	MM. DUMONTPALLIER.
<i>1^{er} Vice-Président,</i>	CHARPENTIER.
<i>2^e Vice-Président,</i>	LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.
<i>Secrétaire-général,</i>	PORAK.
<i>Secrétaire des séances,</i>	GRESLOU.
<i>Secrétaire-adjoint,</i>	JOUIN.
<i>Trésorier-Archiviste,</i>	VERRIER.



SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 10 Janvier 1889.

Présidence de M. le Dr POLAILLON.

SOMMAIRE. — Lecture du procès-verbal de la dernière séance. — *Correspondance manuscrite*: Lettre de M. GEORGES CROZEL, de Vienne (Isère). — *Correspondance imprimée*: Annales d'Orthopédie, deux numéros. — *Ordre du jour*: Allocution du Président sortant. — Installation du bureau pour 1889. — M. le Dr SCHWARTZ: Note sur trois cas de métrite scléreuse ulcérée du col. — Diagnostic difficile d'un épithélioma. — M. le Dr LABUSQUIÈRE: Rétention d'une portion de placenta. — Hémorrhagies, etc., guérison. — M. GRESLOU: Abaissement de l'utérus amélioré par la grossesse. — M. le Dr DOLÉRIS: 1° Salpingite et Castration; 2° Procédés nouveaux de gynécologie opératoire. — Présentation par M. le Dr PAJOT, d'un travail de M. le Dr LA TORRE, membre correspondant étranger, intitulé: *Des conditions qui favorisent ou entravent le développement du fœtus*. — *Influence du Père*.

Observations à propos du procès-verbal. — M. PAJOT demande l'insertion de la note suivante, qui est la fin de sa réponse à M. Dolérís, (Bulletin de novembre 1888, p. 266).

Après m'avoir donné une leçon de langage scientifique, mon ancien assistant à la Clinique a lu un long mémoire, pour me donner une autre leçon de *déontologie* médicale.

J'y ai répondu par cette simple lettre publiée dans le *Journal de médecine de Paris* du Dr Lutaud, *lettre qui est restée sans réponse*:

Mon cher Confrère,

M. Dolérís a-t-il, *oui* ou *non*, prononcé devant la *Société de gynécologie* le discours qu'il a fait insérer au Bulletin?

A-t-il, *oui* ou *non*, fait la réponse qu'il a publiée? Tout est là. Qu'il dise *oui*, s'il l'ose.

Est-il, *oui* ou *non*, arrivé à la fin de la séance suivante, de façon, qu'inscrit pour lui répondre, cela m'a été impossible.

La Société a-t-elle, *oui* ou *non*, décidé que *désormais* on ne pourrait faire insérer au bulletin que les discours prononcés en séance.

J'ajoute, devant la Société, *qu'on n'interdit pas ce qu'on approuve*. Donc la Société n'a pas approuvé le fait de M. Doléris, et une réponse par *oui* ou *non*, eût plus éclairé la question, que les longues explications confuses, embarrassées et souvent inexactes, que vient de lire mon ex-assistant, donnant une leçon à son ancien chef.

M. le D^r LE PILEUR demande pourquoi les épreuves du Bulletin de la Société ne sont arrivées que deux jours après que d'autres journaux avaient déjà publié les conclusions de son travail.

M. le D^r OLIVIER répond à M. Le Pileur que, les séances de la Société étant publiques, il n'y a pas lieu de s'étonner qu'un journal quelconque publie ses travaux avant le Bulletin officiel.

M. CHARPENTIER fait observer que le retard dans la publication du bulletin et sa distribution, tient à ce que les auteurs ne lui font pas parvenir leurs communications assez rapidement pour que le Bulletin soit imprimé en temps voulu. Il en résulte qu'il ne peut transmettre aux auteurs leurs épreuves pour les corrections. Par suite les incorrections et les retards, dont les membres de la Société se plaignent avec raison, ne lui incombent pas, et il ne peut en être responsable. Il demande que la Société veuille bien fixer un délai limité pour la remise des mémoires.

Cette motion est appuyée par MM. Pajot, A. Guérin et les autres membres présents.

La Société décide : que tout mémoire qui n'aura pas été remis, soit au secrétaire des séances, soit au secrétaire général, *dans les dix jours qui suivent la dernière séance*, sera considéré comme non avenu. Il sera fait seulement mention au Bulletin de la communication de l'auteur, mais le mémoire ne sera pas publié.

Allocution de M. Guéniot, Président sortant

Messieurs et chers Collègues,

Avant de quitter le fauteuil de la présidence, permettez-moi de vous exprimer toute ma gratitude pour l'honneur que vous m'avez fait, en m'appelant à diriger, presque deux années durant, vos travaux et vos discussions.

Aujourd'hui nous entrons dans notre cinquième année ; c'est dire que nous sommes jeunes encore. Mais cette jeunesse, qui n'est qu'une jeunesse de collaboration, ne diminue en rien la maturité de vos jugements. Pour des esprits laborieux et sagaces, *entraînés* de longue date dans l'étude minutieuse des faits, l'observation clinique devient une source inépuisable d'enseignements et de révélations. En attestant une fois de plus cette vérité, pour ainsi dire banale, les quatre premiers volumes de nos *Bulletins* témoignent en même temps, et de votre sagesse thérapeutique, et de votre remarquable fécondité.

Pour accroître encore l'intérêt de nos réunions, que pourrions-nous désirer ? Ce n'est certes ni l'abondance, ni la variété des sujets, ni l'originalité des vues, ni même la chaleur et la vivacité des discussions. Loin que l'ordre du jour de nos séances se montre jamais à court, nous voyons au contraire, trop souvent, l'insuffisance du temps imposer aux orateurs de pénibles sacrifices. Aussi, n'est-il pas téméraire de penser que bientôt, pour donner un libre essor à cette ardeur scientifique, une seconde séance mensuelle nous apparaîtra comme une nécessité.

Du reste, dès cette année, l'affluence des visiteurs à l'*Exposition* nous procurera, sans doute, la bonne fortune de recevoir ici nombre de confrères français et étrangers. La faculté qui leur sera donnée de faire à cette tribune des communications, et de prendre une large part à nos débats ; c'est-à-dire la transformation provisoire de notre Société, en un véritable *Congrès d'obstétrique et de gynécologie*, ne pourra que rendre plus indispensable et plus pressante encore la multiplicité de nos réunions.

Grâce aux libéralités de notre Président, M. Guérin, qui pour sa vie durant, vous le savez, a généreusement doté la Société d'une rente annuelle, le local de nos séances, à la fois agrandi et mieux approprié, nous permettra de recevoir dignement les

hommes de science qui voudront bien participer à nos travaux. Au nom de la *Société obstétricale et gynécologique*, je renouvelle à M. Guérin l'expression de notre gratitude, et je fais des vœux pour que, vivant de longs jours, notre éminent collègue réalise un grand nombre de fois sa généreuse promesse.

Un dernier mot, Messieurs, et j'aurai terminé.

Après avoir très brièvement esquissé l'état prospère de notre situation, je mériterais le reproche d'optimisme, si je ne vous signalais, en même temps, quelques points defectueux à corriger. Afin de parfaire le fonctionnement de notre Société, sachons apporter plus d'assiduité à ses réunions ; sachons aussi produire avec plus de ponctualité les notes ou mémoires qui, communiqués à cette tribune, doivent être remis entre les mains de notre secrétaire. De la sorte, nous concourrons efficacement à la correction et à la régularité de publication de nos très intéressants *Bulletins*. Appeler votre attention sur ces petites négligences, c'est dire, Messieurs, (j'en ai la conviction) qu'elles vont disparaître sans délai pour notre bien commun.

J'invite notre nouveau Président, M. Polaillon, à prendre place au fauteuil, et nos deux vice-présidents, MM. Dumontpallier et Bailly, à siéger à ses côtés.

M. POLAILLON prend possession du fauteuil de la présidence pour l'année 1889 et propose de voter des remerciements au bureau sortant.

Ces remerciements sont votés à l'unanimité.

Note sur trois cas de métrites du col ; diagnostic difficile d'avec un cancer. M. SCHWARTZ. — Nous avons eu l'occasion d'observer dans le cours de ces trois dernières années, trois cas de lésions du col utérin qui nous ont paru intéressantes, parce que leur physionomie pouvait au premier abord tromper le chirurgien, lui faire croire à une affection maligne, quoi qu'il ne s'agît que d'une maladie relativement peu grave, en tout cas, d'un pronostic bien différent de celui des dégénérescences cancéreuses.

Voici l'histoire résumée de nos trois malades :

I. — Madame V., Marie, âgée de 31 ans, giletière, a été réglée

à 16 ans et depuis les époques ont été assez régulières. Elle s'est mariée à 18 ans, a eu une fausse-couche, puis un premier enfant ; elle paraît avoir eu déjà alors une métrite avec ulcération du col, pour laquelle on lui fait des cautérisations nombreuses au nitrate d'argent. Pendant tout ce temps elle perd constamment du sang, mais peu abondamment. Elle eut un second enfant à 23 ans, un troisième à 25 ans. Toutes les fois elle paraît avoir eu des accidents du côté de l'utérus, avec pertes rouges peu abondantes, mais continuelles. Comme les phénomènes s'aggravent, que l'anémie devient de plus en plus marquée, et qu'elle éprouve des douleurs hypogastriques assez vives, elle se décide à venir nous consulter à l'hôpital Beaujon en 1886. Cette femme est amaigrie, pâle ; elle perd presque continuellement du sang mélangé de sérosité ; pas de pus.

L'examen au toucher nous fait tomber sur un col énorme, dur, bosselé, sans qu'il n'y ait aucune lésion du côté des culs-de-sac, et sans que l'on provoque de douleur à la pression. La palpation abdominale combinée au toucher utérin nous montre le corps de l'utérus peu augmenté de volume et indolore. Il ne paraît y avoir aucune déviation utérine notable, mais un peu de prolapsus. L'examen au spéculum montre un col rouge, bosselé et ulcéré par points, pouvant faire songer aussi bien à un épithélioma interstitiel qu'à une métrite, l'orifice est légèrement entr'ouvert, déchiré à gauche, pas d'ectropion notable.

Ecoulement séro-sanguinolent non odorant.

Notre diagnostic fut hésitant, quoique plus porté vers la métrite du col ; la suite démontra la justesse de ce dernier. En effet, après 7 semaines de soins, consistant surtout dans les scarifications du col, des applications de tampons glycérinés, des injections chaudes, il y eut une très grande amélioration de l'état local, en même temps que l'état général était remonté par le quinquina et les préparations martiales. La malade se sentit considérablement améliorée, sinon guérie, et nous lui fîmes porter un pessaire à anneau Dumontpallier contre le prolapsus, qui avait diminué aussi sans disparaître complètement.

II.—Une femme de 40 ans, Madame P. C., nous est adressée par un confrère avec le diagnostic épithélioma de l'utérus.

Elle est pâle, ou plutôt d'un teint jaune terreux, très faible ; c'est à peine si elle peut faire quelques pas.

Sans antécédents héréditaires notables, elle nous raconte qu'elle a été réglée à 12 ans ; ses règles ont été régulières, pas douloureuses.

Elle s'est mariée à 19 ans, et a eu un premier enfant ; elle en a eu deux autres de 25 à 36 ans. Son dernier accouchement date de 4 ans ; elle n'a eu aucune suite de couches.

Au mois de janvier 1887, elle est prise d'une perte de sang qui dure 25 jours, après une suspension des règles depuis le mois de novembre. On a pensé à un avortement. Elle est reprise de nouvelles métrorrhagies au mois de février, puis au mois de mars. Ces dernières sont moins abondantes toutefois que la première.

En même temps que ces pertes, la malade éprouvait des douleurs dans le bas-ventre s'irradiant dans les reins pendant la marche qui, comme nous l'avons dit, est très pénible.

Au toucher vaginal, on trouve un col dur, irrégulier, comme parcouru par des brides, peu douloureux au toucher, très mobile, refoulé en haut et en arrière. En combinant le palper abdominal et le toucher vaginal, on sent que l'utérus est en antéflexion ; il est gros, douloureux à la pression, l'hystéromètre indique 9 centimètres.

Au spéculum, le col présente une surface irrégulière et bosselée, avec exulcérations, surtout autour de l'orifice.

Il y a de la leucorrhée, mais elle n'est nullement fétide. Actuellement il n'y a pas de perte de sang.

Le diagnostic hésite entre un épithélioma et une métrite du col et du corps. L'aspect du col est absolument celui de cet organe atteint d'un cancer interstitiel non encore ulcéré ; mais il y a contre l'idée de cancer le début et l'évolution. Quoi qu'il en soit, nous pratiquons, le 2 avril 1887, l'ablation cunéiforme du col au thermo-cautère, malgré notre conviction que nous avions affaire à une altération de nature bénigne. Cette femme avait déjà été traitée par les cautérisations répétées ; elle était considérablement affaiblie, elle nous demandait de la guérir le plus vite possible. Nous avons pensé, en faisant l'ablation conoïde du col au lieu des cautérisations répétées au fer rouge, amener plus rapidement et avec autant de sécurité le résultat désiré, et nos espérances n'ont pas été trompées.

L'examen du col enlevé nous montre un tissu sclérosé, com-

posé presque uniquement de tissu fibreux, sans qu'il n'y ait pour ainsi dire plus traces de fibres musculaires lisses ; ce tissu crie sous le scalpel absolument comme celui d'un fibro-myome.

La malade guérit parfaitement de son amputation du col ; les pertes ne reparurent plus, les règles revinrent normalement, et elle partit le 27 avril pour le Vésinet avec une cicatrice complète. Je l'ai revue guérie quelque temps après sa sortie du Vésinet.

III. — Il s'agit d'une jeune femme de 29 ans, C. R., qui entre à l'hôpital Beaujon, le 8 mai 1888, pour une affection utérine. Elle a été réglée pour la première fois à l'âge de 16 ans, et depuis, l'écoulement menstruel a toujours été régulier et normal. Jamais d'enfants, jamais de fausses-couches. Le début de la maladie remonte à 1 an. Elle commence par être atteinte d'une leucorrhée très abondante qui alterne au bout de quelques semaines avec des pertes d'eau rousse et de sang. A chaque époque menstruelle l'hémorrhagie augmentait notablement, mais l'état général continuait à rester bon ; quelques douleurs lancinantes avec irradiations dans les reins et à la partie supérieure des cuisses ; l'appétit est conservé. Depuis quelque temps, toutefois, les digestions sont plus laborieuses et l'appétit a diminué ; aucun trouble du côté des fonctions urinaire et rectale. Le palper abdominal ne donne aucune indication précise, si ce n'est qu'il est un peu douloureux dans la fosse iliaque droite. Le toucher vaginal nous fait tomber sur un col augmenté de volume, comme fongueux, le tissu fongueux ayant pour base un tissu plus induré ; le museau de tanche est inégal, cratériforme, induré aussi plus à gauche qu'à droite. Les culs-de-sac paraissent libres, l'utérus est mobile, et ne semble pas pour le corps augmenté de volume.

L'examen au spéculum nous montre tout le col ulcéré assez profondément ; l'ulcération est irrégulière, rouge foncée, bleuâtre par places, saignante. Elle est à la limite à gauche du cul-de-sac vaginal ; malgré tout, l'écoulement présenté par la malade n'a aucune odeur appréciable. Dans le service où elle avait séjourné, on avait porté le diagnostic d'épithélioma, et l'on avait même proposé l'ablation totale de la matrice par le vagin.

Je ne voulus me décider qu'après avoir attiré l'utérus à la vulve, et avoir examiné les lésions sous le chloroforme, quitte à me conduire ensuite suivant mon impression. J'aurais pu d'a-

vance enlever un fragment du néoplasme présumé et le faire examiner histologiquement ; mais, outre ce qu'ont d'incomplet et quelquefois d'erroné ces examens, je tenais à débarrasser cette malade rapidement de son mal, tant elle souffrait chaque fois qu'on était obligé de lui appliquer le spéculum.

Madame B. étant chloroformée, j'attirai facilement le col utérin à la vulve, et les lésions qui m'avaient paru très suspectes au fond du vagin ne me le parurent plus du tout, quand je les eus sous les yeux, et que je pus explorer facilement l'état du mu-seau de tanche. Aussi me décidai-je incontinent à l'ablation cunéiforme du col aux ciseaux et au thermo-cautère en prolongeant l'évidement le plus haut possible. Tout se passa facilement. La malade guérit rapidement, et sans accident aucun, de l'opération ; seulement, elle vint me retrouver 3 mois après pour une sténose de l'orifice cicatriciel telle qu'elle pouvait à peine admettre un stylet de trousse. La dilatation avec une tente de laminaire iodoformée mit fin aux accidents de dysménorrhée qui s'étaient précédemment produits. Toutefois, je lui ai recommandé de venir me voir pour surveiller la lésion et empêcher la récurrence, et je regrettai de ne pas avoir pratiqué la suture des lèvres de la plaie après ablation à l'instrument tranchant.

L'examen anatomique de l'organe enlevé montra que nous avions affaire à une ulcération superficielle, sur un tissu dur, absolument analogue à celui d'un corps fibreux.

L'examen histologique nous montra que le col était complètement transformé en un moignon fibreux, composé de fibres conjonctives, sans presque aucune trace de fibres musculaires lisses.

Tels sont les cas que je tenais à soumettre à votre attention.

Certes, le diagnostic clinique de l'épithélioma du col est le plus souvent facile ; mais il est tel ou tel cas où il présente de grandes difficultés, malgré une observation de plusieurs semaines et même davantage, comme cela a eu lieu pour notre dernière opérée. Ce sont, à côté d'autres lésions que nous passerons sous silence, celles de la métrite parenchymateuse chronique qui peuvent donner le change et tromper quelquefois le clinicien.

Discussion. — M. GUÉNIOT : Les observations de M. Schwartz appartiennent, il me semble, à ce que l'on a désigné sous le nom de métrite parenchymateuse chronique, affection connue anciennement, et qui simule plus ou moins l'épithélioma. La douleur est un bon signe pour le diagnostic. Le vrai traitement de cette métrite chronique consiste en cautérisations successives. Au bout de 3 à 4 mois on obtient la guérison, et l'on n'a pas à redouter de rétrécissement. Le fer rouge donne d'excellents résultats, mais il est un peu long. Aujourd'hui il est moins en faveur ; on préfère agir plus rapidement par une opération. Mais que deviennent les femmes auxquelles on a enlevé une portion cunéiforme du col au point de vue de la conception ?

M. DOLÉRIS. — Il ne faudrait pas conclure de ces observations de M. Schwartz, que le diagnostic entre le début du cancer dans le col et la métrite cervicale dite ulcéreuse, fongueuse ou végétante, etc., soit habituellement difficile. Je le crois au contraire facile en général, et, dans la pratique courante, l'hésitation est rare, tant la différence des lésions est aisée en clinique. — Dans le cas d'un diagnostic plus difficile, outre qu'on a la ressource de l'examen microscopique d'un fragment, l'hémorrhagie est un signe précieux. Lorsque le col seul est en cause, on sait que les lésions de nature inflammatoire ne donnent pas lieu à des pertes de sang. Au contraire, les lésions dégénératives, malignes, aboutissent rapidement à l'effraction des branches vasculaires d'un certain volume, et l'hémorrhagie s'ensuit, abondante, répétée, caractéristique. D'autres fois les bourgeons fongueux qui végètent sur l'ulcération cancéreuse sont la source du sang.

Ceci ne se voit pas dans la métrite du col.

Quant au procédé opératoire, je dois dire que je ne suis pas étonné du résultat defectueux obtenu par les procédés anciens. J'ai pratiqué sur une très grande échelle la chirurgie plastique du col utérin, et je m'en félicite. L'amputation séparée de chaque lèvre par le moyen de deux lambeaux (procédé de Schröder et Martin) suivie de la suture, est une opération élégante, simple, facile le plus souvent. La réunion par première intention met à l'abri des sténoses consécutives. La forme même du col est conservée ; le tissu morbide est seul abrasé.

La dégénérescence scléreuse n'empêche pas la réunion si l'opération est bien faite. L'épaisseur même des lèvres du col n'est pas un obstacle, car l'opérateur est libre d'amincir et d'évider les lambeaux à son gré pour les juxtaposer exactement. Cette manière de faire favorise, plus que toute autre la fécondation, et ne saurait gêner en rien l'accouchement. J'en pourrais fournir des exemples probants.

Quant aux autres modes de traitement de la métrite cervicale, auxquels il vient d'être fait allusion, la question n'étant pas ouverte à leur endroit je m'abstiendrai d'en parler.

M. GUÉNIOT. — Quand le col a un tissu très induré, la réparation ne peut pas être immédiate ; il faut laisser le tissu reprendre son état normal.

M. PAJOT. — Je me rallie à l'opinion de M. Guéniot ; j'ajoute qu'un des éléments du succès est le repos absolu au lit ; sans cela la guérison est très difficile.

M. POLAILLON. — Sans doute le diagnostic est quelquefois très difficile au début ; mais dans la pratique, après plusieurs examens, des injections détersives, le repos, le diagnostic s'éclaircit. L'ulcération de l'épithélioma ne s'améliore pas ; dans la métrite, au contraire, un changement se produit ; il n'est pas besoin, en général, d'exciser un morceau du col pour l'examiner.

M. SCHWARTZ. — Je répondrai d'abord à M. Guéniot, que chez ma malade le thermocautère avait été employé plusieurs fois sans résultat ; il fallait donc recourir à un autre traitement. Si je rapporte ce cas, c'est parce qu'il sort de l'ordinaire, qu'il offrait de grandes difficultés de diagnostic, si grandes que je ne l'ai établi que quand j'ai eu le col sous la main, la malade étant chloroformée. L'abrasion de la muqueuse, dont parle M. Doléris, est une excellente opération ; mais quand le tissu est tellement dur qu'on ne peut pas rapprocher les lèvres du col, le résultat ne doit pas être très bon.

En résumé, le diagnostic est généralement facile ; mais dans les cas difficiles, on peut se tromper, et ne pas distinguer la métrite chronique d'un épithélioma du col.

M. PAJOT. — On doit recourir alors, ainsi que l'a fait M. Alph. Guérin, à l'examen d'une parcelle du col.

M. LABUSQUIÈRE : Rétention de portions du placenta dans un accouchement à terme. Hémorragies secondaires répétées, graves ; tamponnement répété, fétilité des sécrétions, injections intra utérines de sublimé, guérison. — Le mercredi, 7 novembre, vers sept heures du soir, le sieur Oudot, employé à la prison militaire du Cherche-Midi, vient me prier de porter immédiatement secours à sa femme qui, depuis 5 heures de l'après-midi, est sous le coup d'une hémorrhagie utérine intense. J'apprends, en outre, que cette femme a accouché, environ 15 jours auparavant. En conséquence, indépendamment de la seringue à injections hypodermiques, de la solution d'ergotine d'Yvon, j'emporte les bourdonnets nécessaires pour la confection d'un tampon, bourdonnets toujours préparés d'avance, et qui macèrent dans une solution phéniquée à 2.5 %.

Dès mon arrivée, je me rends compte qu'il faut agir vite et énergiquement. La femme, en effet, a tout l'aspect de celles qui viennent de subir une hémorrhagie *post-partum* considérable : pâleur extrême, petitesse et fréquence du pouls, lipothymies répétées, respiration saccadée, par instants de grands efforts inspiratoires comme si l'air manquait.

Immédiatement et successivement, je fais une injection d'ergotine et une injection d'éther. Puis, je pratique, à travers la paroi abdominale, la compression de l'aorte, tandis que je fais tout préparer pour administrer une injection vaginale, intra-utérine si possible, d'eau *très chaude*.

Tout étant prêt, je donne l'injection pour laquelle j'emploie plus de deux litres de liquide, *très chaud*. La perte diminue, mais ne s'arrête pas. La tendance aux syncopes est de plus en plus marquée, et j'ai la conviction que si je ne réussis pas à maîtriser, très rapidement, l'hémorrhagie, la femme *va passer*.

Inutile de dire que draps, matelas, sont traversés, et qu'on a déjà mis sous mes yeux de 5 à 6 torchons absolument trempés de sang.

Dès ce moment, j'ai idée qu'il s'agit d'hémorrhagies secondaires associées à la rétention de portions du délivre.

Je prépare, et non sans quelque appréhension, tout pour le tamponnement, tandis que je confie à une personne le soin de continuer la compression de l'aorte.

L'intervention me préoccupe, parce que j'ai présent à l'esprit le conseil souvent donné par le prof. Pajot dans ses leçons cliniques : « *Surtout, gardez-vous de remuer les femmes qui viennent de subir de grandes pertes de sang* », conseil d'autant moins oublié, qu'à la clinique, j'avais vu mourir une femme, qui venait d'avoir une hémorrhagie grave par insertion vicieuse du placenta, au moment même où nous la mîmes dans la position obstétricale, et précisément pour la tamponner. *Elle eut quelques grands mouvements convulsifs, et succomba.*

Aussi, dans le cas actuel, recommandai-je vivement à la femme, qui ne m'entendait guère d'ailleurs, de ne pas se laisser aller à tenter le plus petit effort. Puis, aidé du mari et d'une autre personne, auxiliaires à qui j'indique rapidement comment ils doivent s'y prendre pour éviter toute secousse à la malade, nous mettons celle-ci dans la position obstétricale classique, ce qui cependant ne s'effectue pas sans qu'elle perde de nouveau connaissance. Je fais, avant toute autre chose, une nouvelle injection d'éther, et une personne est chargée de donner de temps en temps à la malade une cuillerée à café d'un mélange très fort d'eau et d'eau-de-vie.

Après avoir déblayé soigneusement le col, qui a toute sa longueur, et dans lequel la sonde dont je me sers n'entre qu'à peine, et le vagin, des caillots à portée, je procède à l'application du tampon que, malgré l'urgence qu'il y avait à terminer promptement, je tâche de faire aussi solide, aussi efficace que possible (bourdonnets de ouate, avec interposition de morceaux d'amadou ayant aussi macéré dans la solution phéniquée, toutes ces pièces du tampon *soigneusement exprimées* avant d'être appliquées, etc.)

La femme est ensuite placée dans son lit, avec les mêmes précautions que précédemment. Prescription : potion stimulante, grog, bouillon par petites cuillerées.

Jeudi, 8 novembre. — Le lendemain matin, je constate d'abord que le tampon a bien rempli son office, que l'hémorrhagie, au dehors au moins, a été arrêtée. Quant à la matrice, son fond est à 2 travers de doigt de l'ombilic, distendue qu'elle est assurément par le sang retenu en arrière du tampon. Dans la nuit, la femme a eu plusieurs défaillances, on n'a cessé de lui faire respirer de l'éther, du vinaigre, de lui donner du grog, etc. La

faiblesse est extrême, la décoloration du tégument, des muqueuses (gingivale, palpébrale) est absolue ; il y a eu et il y a encore des éblouissements, des tintements d'oreille, etc. T. 36.7. P. 135.

Malgré la faiblesse, malgré les précautions antiseptiques rigoureusement observées, et en dépit de toute fétidité au moment de mon intervention, il me paraît imprudent de laisser le même tampon plus longtemps en place. Je le remplace avec toutes les précautions prises la veille : injection préalable et abondante, d'un mélange, *très chaud*, à parties égales d'eau et de liqueur de Van Swieten. La sonde, en celluloid de Buddin dont je me sers cette fois, pénètre plus profondément dans le col. Tamponnement.

Inutile de dire que l'intervention a été bien fatigante pour la malade, et s'est accompagnée des mêmes accidents syncopaux, combattus par les mêmes moyens stimulants.

Avant mon départ, je prépare toutes les pièces pour un nouveau tampon, pièces qui trempent en permanence dans la solution phéniquée. Dès ce moment, d'ailleurs, mes aides improvisés et pleins de sollicitude pour la malade, me préparent à l'avance les pièces nécessaires.

Soir : T. 37°3. P. 131.

Renouvellement du tampon. Celui que j'enlève, dégage une fétidité marquée, ce qui me crée un nouveau sujet de préoccupation.

Vendredi 9 novembre. -- Matin : T. 37°8. P. 128.

L'état général reste à peu près le même. Le fond de la matrice est au même niveau. La femme dit qu'elle a eu, comme d'ailleurs dans la nuit précédente, des douleurs assez fortes dans les reins.

Le tampon a bien tenu. L'ouate, qui est le plus à l'extérieur, est à peine teintée. Seuls, les bourdonnets les plus rapprochés du col, sont imbibés de sang ; en arrière d'eux, de nombreux caillots. Le sang ne coule plus. La fétidité est vraiment insupportable, surtout pour la malade. Il faut répandre, sur le lit, de l'eau de Cologne en quantité.

Irrigation *sans jet*, *très chaude*, de liqueur de Van Swieten dédoublée. *Injection sous-cutanée d'ergotine Yvon*.

Comme la femme n'a pas eu de selles depuis 5 jours, qu'il ne

s'écoule plus de sang, qu'elle accuse quelques coliques comme pour aller à la garde-robe, je pense que je puis sans danger surseoir à l'application d'un nouveau tampon, et je prescris un lavement huileux, en recommandant d'éviter toute fatigue, tout effort à la malade, et *surtout de venir me chercher à la minute, à la moindre réapparition du sang.*

A 3 heures, on vient me chercher en toute hâte, parce que le sang recommence à couler. Je trouve la femme dans le même état ou peu s'en faut, que lors de ma première visite. Heureusement que cette fois, tout est prêt, que je dispose vraiment d'un personnel presque dressé, — aussi l'application d'un nouveau tampon est-elle réalisée rapidement.

Pendant, comme la situation me paraît s'aggraver de plus en plus, que je n'entrevois pas d'intervention plus efficace en raison de la faiblesse extrême de la femme, de l'intérêt majeur qu'il y a à lui éviter toute nouvelle perte de sang, que, de plus, aux dangers imminents créés par la seule hémorrhagie je crains de voir se surajouter ceux de la septicémie, je demande, désir déjà exprimé dès le début, mais non réalisé à ce moment, qu'on m'adjoigne un confrère. On me propose, à ma vive satisfaction, un médecin dont la grande expérience, le savoir, le jugement m'ont été déjà, en maintes circonstances, d'un grand secours, M. le Dr Robinet, qui jouit dans notre quartier d'une grande notoriété, laquelle, à mon avis, reste encore bien au-dessous de ses mérites. Que mon excellent confrère M. le Dr Robinet me pardonne d'avoir profité de l'occasion pour exprimer ici l'estime et la sympathie que son savoir et son dévouement aux malades m'ont inspiré.

Soir : T. 38°3. P. 127. Injection ergotine.

Samedi, 10 novembre. — Consultation avec M. Robinet.

Matin : Le Dr Robinet constate les dangers extrêmes de la situation, et il m'a résumé, en nous en allant, son impression de la manière suivante : « Si elle se tire de là, vous l'aurez ramenée du fond de la rivière, car elle a perdu tout ce qu'il est permis de perdre de sang. *Pourtant, l'œil est bon*, et s'il ne survient pas d'autre complication, je crois que vous réussirez. »

Il m'aide à renouveler le tampon, qui dégage toujours la même horrible fétidité. Injection intra-utérine de liqueur de Van Swieten pure, irrigation du vagin et nouveau tamponnement.

Injection d'ergotine.

Potion tonique :

Extrait de quinquina.....	6 gr.
Teinture de cannelle.....	12 gr.
Ether.....	1 gr.
Potion gommeuse.....	120 gr.

Grogs, bouillons, jus de viande.

Soir : T. 38°7. P. 124.

La femme a, dans la journée, souffert assez fort dans les reins, comme pour accoucher. J'enlève le tampon, dont les pièces dégagent la même odeur de putréfaction, je déblaie soigneusement le vagin et le col des caillots à l'aide de l'irrigation habituelle, après quoi je relève les particularités suivantes :

a) *le fond de l'utérus n'est plus aussi haut dans l'abdomen.*

b) *le col est raccourci.*

c) *l'orifice externe, largement ouvert.*

d) *il y a, dans le col, une masse du volume d'une grosse noix, qui ne me donne plus la même sensation que me donnaient les caillots, et que je me garde bien d'extraire, n'ayant pu la suivre jusqu'à son point d'implantation. Cette condition nouvelle me donne un grand espoir, et je m'empresse de faire part de mon contentement à la malade, qui me paraît puiser dans cette confiance quelque courage. Car cette femme a 4 enfants et les premières paroles qu'elle m'a adressées ont été celles-ci : « Oh ! monsieur, mes enfants ont grand besoin de moi ; faites, je vous prie, tout ce que vous pourrez pour que je ne leur manque pas. »*

Je fis immédiatement part à M. Robinet de la condition nouvelle qui s'était produite. Retenu auprès de ses malades, M. Robinet me manda la réponse suivante : « *Ne touchez pas à cette masse, laissez-la s'engager ; continuez le tamponnement et les injections d'ergotine.* »

Je fais de nouveau le tamponnement et une injection d'ergotine.

Dimanche, 11 novembre. — T. 39,1. P. 125.

La femme a encore ressenti de vives douleurs dans les reins. *Je ne trouve plus la matrice, par le palper abdominal, qu'à un travers de doigt à peine au-dessus de la symphyse.* J'enlève le tampon, je fais l'injection habituelle, qui entraîne beaucoup de caillots, et je trouve alors appendue au-dessous du col, entiè-

rement dans le vagin, mais retenue par un pédicule filiforme que je suis jusque dans la matrice, la petite masse qui avait été engagée dans le col, je l'enlève, — et je reconnais qu'il s'agit manifestement *d'une portion du placenta*. Cette masse sent horriblement mauvais.

Injection intra-utérine qui ramène de nombreux débris, injection d'ergotine et même prescription tonique.

Soir : T. 39,3. P. 128.

La fétidité des sécrétions est encore très accusée, — mais on perçoit difficilement la matrice au-dessus de la symphyse.

Injection intra-utérine. En présence de la fétidité, je me pose la question si, d'ici quelques jours, *il ne sera pas indiqué de procéder au curage de l'utérus*.

Prescription. — 2 cachets de sulfate de quinine par jour, 0,30 centigrammes par cachet.

Lundi. — Je revois la malade avec M. Robinet, à qui je montre la masse placentaire expulsée, et qui constate également la rétraction si remarquable de la matrice. Il m'aide à donner l'injection ordinaire.

Même prescription : potion tonique, jus de viande, etc.

La malade accuse toujours une grande faiblesse : Elle a eu encore des bourdonnements d'oreille, des défaillances. Cependant, elle a un peu reposé.

M. T. 38,7. — P. 110.

S. T. 38,9. P. 115. Fétidité moindre, *injection intra-utérine*, potion tonique. 2 cachets de quinine.

Mardi 13. — La nuit a été assez bonne. La malade a reposé. Elle a eu bien moins de bourdonnements d'oreilles, d'éblouissements, elle se sent un peu plus forte. — La fétidité diminue de plus en plus.

Matin : T. 37,8. P. 102.

Soir : 38,3. P. 105.

Mercredi 14. — La fétidité a presque disparu.

Matin : T. 37,9. P. 102.

Soir : T. 37,5. P. 104. Injection Intra-utérine.

Jeudi 15. — Nuit bonne.

Matin : T. 37,4. P. 96.

Soir : T. 37,3. P. 97.

Vendredi. — Matin : T. 37. P. 88.

Soir : T. 37.1. P. 90.

Samedi. — Matin : T. 37.

Soir : T. 37.

Cessation des injections. — Continuation de la potion tonique, — et, chaque jour, un cachet de 0,30 centigr. de sulfate de quinine, plutôt comme névrossthénique que comme antithermique.

A partir de ce moment, je n'ai d'autre préoccupation que de faire refaire à la malade le sang qu'elle a perdu.

Voici, maintenant, à son sujet, quelques renseignements complémentaires qu'elle m'a donnés quinze jours environ après ma première visite, alors que déjà elle commençait à pouvoir rester, sans trop de fatigue, quelque temps assise dans son lit.

Elle est âgée de 28 ans, et a eu 4 accouchements, les 3 premiers absolument normaux. Le dernier, qui est celui relatif à cette observation, a eu lieu le dimanche 21 octobre. L'enfant était déjà sorti, depuis 10 minutes, quand la sage-femme, chargée de l'accouchement, arriva. Le cordon coupé, elle procéda à la toilette de l'enfant. Puis, elle s'occupa de la délivrance. Le délivre extrait, elle dit qu'elle devait introduire la main pour retirer des caillots, et exécuta cette manœuvre. Touchant le placenta, le mari de la malade me dit que l'attention de la sage-femme fut attirée par l'existence d'un creux dans le délivre, creux dans lequel, ajoute-t-il, aurait tenu la petite masse, expulsée plus tard.

Toutefois, la sage-femme leur assura que le délivre était entier, et cette assertion, elle me la réitéra formellement, un jour qu'elle vint au moment même où je faisais le tamponnement. [*Pour tout concilier*, on pourrait admettre l'hypothèse d'un cotylédon supplémentaire (?)].

La femme s'est levée, pour la 1^{re} fois, le dimanche 28 octobre, ne perdant, dit-elle, presque plus. Le samedi suivant, 3 novembre vers 7 heures du soir, comme elle était assise devant son fourneau, elle fut prise, brusquement et sans douleur, d'une hémorrhagie assez forte. Elle se coucha immédiatement, et fit appeler la sage-femme qui ne put venir. La perte de sang aurait duré environ une heure.

Dans la nuit du dimanche, 4 novembre, au lundi, vers une

heure du matin, encore brusquement et sans douleur, *seconde* hémorrhagie, qui a duré à peu près trois quarts heure.

Le lundi soir, la femme ne s'étant pas levée, eut une *troisième* hémorrhagie, qui débuta aussi d'une manière soudaine et sans douleur, et se prolongea à peu près trois quarts d'heure.

Le mercredi, la femme s'étant levée dans l'après-midi, vers 5 heures, comme elle quittait sa chaise, l'hémorrhagie s'est reproduite, et cette fois avec une force beaucoup plus grande. En toute hâte, on est allé chez la sage-femme qui était retenue auprès d'une femme en couches, chez un médecin qui était aussi absent, enfin chez moi, — et c'est dès ce moment que j'ai consigné les détails divers dont je vous ai donné lecture.

Le mercredi, 12 décembre, nous avons vu, M. le Dr Robinet et moi, notre malade. Elle présente l'aspect, l'ensemble des conditions des personnes profondément chloro-anémiques : décoloration très accusée du tégument et des muqueuses, souffles intenses dans les vaisseaux carotidiens. Et cela, malgré un appétit excellent, malgré une alimentation reconstituante, et l'intervention de toniques de toutes sortes.

Dans la séance du 10 mars 1887, j'ai relaté une observation sous ce titre : **Rétention du placenta dans une fausse-couche, suivie de phénomènes infectieux graves, extraction du délivre, guérison.**

Si je me permets de rappeler ce cas, c'est pour bien faire ressortir la différence essentielle qu'il présente avec l'observation actuelle. Car ces deux faits mettent bien en opposition les deux variétés principales d'accidents qui peuvent compliquer la rétention du délivre. Dans le premier, il s'agissait d'une femme, tombée déjà dans la situation la plus grave du fait de phénomènes de putréfaction *in utero*, et d'accidents de septicémie. Dans ce cas, il n'y avait qu'un moyen de salut : supprimer, éteindre le foyer d'où partait l'infection, ce que des conditions favorables me permirent de réaliser, et la femme guérit. Ici, il ne s'agissait plus d'un foyer de putréfaction, mais d'un foyer hémorrhagique. Enlever la masse placentaire, c'était assurément tarir la source du sang ; mais, la manœuvre nécessaire pour réaliser ce *desideratum*, n'allait-elle pas entraîner une nouvelle perte de sang, et, comme je l'ai déjà dit, j'avais et j'ai toujours la conviction formelle par-

tagée par M. le Dr Robinet, que la femme ne pouvait faire, sans danger de mort, les frais d'une nouvelle hémorrhagie. En outre, étais-je assuré, en lui faisant courir ces grands risques, de réussir à extraire la portion du placenta retenu. Je ne le crois pas. C'est pour cela que je fis le tamponnement et le tamponnement répété.

Toutefois, après avoir été témoin de l'état de profond épuisement dans lequel la femme avait été mise par ces hémorrhagies secondaires répétées, négligées, il est vrai, puisque jusqu'à la quatrième, la femme n'avait reçu aucun secours — frappé du caractère de gravité extrême que peuvent prendre ces pertes de sang, alors même que la portion du placenta retenue est vraiment petite, je serais disposé, immédiatement après la délivrance, en cas d'extraction incomplète, à faire le possible pour enlever le ou les cotylédons restés dans la matrice, *surtout si la malade ne me paraissait pas avoir autour d'elles des personnes aptes à lui porter rapidement secours en cas de besoin.*

D'autre part, je trouve une nouvelle raison à cette intervention immédiate, dans le fait que, malgré toutes les précautions antiseptiques prises dans le deuxième cas auquel j'ai eu affaire, j'ai vu se développer une fétidité extrême, et j'ai craint beaucoup d'avoir, après avoir réussi à maîtriser l'hémorrhagie, à lutter contre des accidents graves de septicémie.

Discussion. — M. BAILLY a été très satisfait d'entendre cette communication, car elle confirme la pratique de Paul Dubois, qui peut se résumer ainsi : laisser faire la nature, surveiller et combattre les accidents dès qu'ils apparaissent. Cette pratique conduit à d'excellents résultats, même dans les cas qui semblent désespérés.

Je demanderai seulement un renseignement : des tamponnements répétés avec des substances irritantes, acide phénique au 50° ont été faits ; la muqueuse vaginale les a-t-elle supportés ?

M. LABUSQUIÈRE a constaté que, dès que la fétidité de l'écoulement a été supprimée, tout symptôme grave a également disparu ; d'après des muqueuses, il n'a rien observé de particulier pouvant être imputé aux tamponnements. Une fois la masse placentaire expulsée, et la fétidité supprimée, il n'est survenu aucun malaise attribuable à une condition fâcheuse des organes géni-

taux. La méthode expectante assurément, donne de bons résultats ; mais il faut que les secours, en cas de besoin, soient rapides. Dans le cas en question, si l'hémorrhagie eût duré quelques instants de plus, la mort était inévitable. Et, en tout cas, cette femme en a pour de longs mois, avant de se remettre des pertes qu'a subies son organisme.

M. DOLÉRIS. — Le fait de M. Labusquière est intéressant surtout parce qu'il s'agit non d'un avortement, mais d'un accouchement à terme, et de la rétention d'un cotylédon placentaire isolé. Ces cas sont rares, et je n'en ai pas rencontré qui prêtassent à l'intervention. Je crois cependant qu'elle eût été facile ici. — 18 jours après l'accouchement, la cavité utérine est très réduite et se laisse explorer. Je connais la compétence de M. Labusquière en matière de thérapeutique intra-utérine, et je pense qu'il eût réussi à s'affranchir par le curage des craintes et des tracassas que lui a donnés sa malade, car enfin, si bien qu'il l'ait sauvée, cette femme restée quasi-exsangue est malade pour longtemps — elle a couru de grands dangers, elle a eu des phénomènes septiques dont elle portera peut-être des traces dans l'avenir. Ce triple tamponnement a été laborieux, et l'antisepsie, si soigneusement faite, n'a pas empêché la putridité de s'emparer des caillots et du fragment placentaire,

Je conçois qu'il ait hésité à intervenir de suite et à extraire le fragment. Beaucoup eussent été de son sentiment. Je ferai remarquer cependant : 1° que le curage n'augmente pas l'hémorrhagie, 2° que l'intervention eût pu être retardée jusqu'au retrait du 1^{er} tamponnement. Dans un cas analogue, à la Charité, j'ai refusé d'opérer une malade en état d'anémie aiguë et moribonde, mais je la tamponnai et j'attendis ; je relevai ses forces de mon mieux, j'eus la chance de la voir renaître pour ainsi dire, et le lendemain je pratiquai le curage. La malade fut sauvée. Je pense donc que l'intervention eût été une ressource précieuse, et une garantie de succès plus sérieuse que l'expectation avec les dangers qu'elle comporte.

M. Labusquière, d'ailleurs, semble penser aujourd'hui de la même façon, et je ne puis qu'appuyer sa réflexion rétrospective.

M. LABUSQUIÈRE. — Je serais disposé à intervenir d'une façon plus hardie, plus prompte, si la femme, à mon avis, n'était pas mourante ; mais dans ce cas, toute nouvelle perte de sang de-

vant amener une issue fatale, je préférâi les préceptes de l'autre méthode : *combattre les accidents, et compter*, en les aidant un peu, bien entendu, *sur les efforts de la nature*.

Salpingite et castration. — Evacuation artificielle des collections enkystées de la trompe par la dilatation et le drainage de l'utérus. — M. DOLÉRIS : Nous assistons depuis quelques années à un véritable débordement d'opérations chirurgicales dirigées contre les affections des organes génitaux internes de la femme.

Tant qu'il s'est agi d'extirper les néoplasmes bénins ou malins de l'ovaire ou du parovaire, dont on a reconnu l'existence par le volume nettement accusé de la tumeur, tout le monde a applaudi aux tentatives hardies, et aux succès de la nouvelle chirurgie abdominale. C'était la seule voie raisonnable à suivre.

Quand on a tenté de vérifier, par la laparotomie dite exploratrice, une hypothèse hasardée, et d'aller, au risque de la vie des malades, rechercher dans l'examen direct de la cavité abdominale l'explication d'un symptôme prédominant, comme la *douleur*, ou d'un trouble inexpliqué, la *métrorrhagie*, on a déjà dépassé les limites de la saine pratique. La laparotomie exploratrice dans de pareilles conditions est presque un aveu d'ignorance. Elle a été et est encore, il faut le reconnaître, l'œuvre des chirurgiens inexpérimentés en matière de gynécologie. C'est tellement vrai, qu'on a pu ouvrir le ventre à des femmes qui sont mortes de l'opération, et qui n'avaient aucune lésion justifiant une pareille tentative. Beaucoup de jeunes praticiens ont débuté par cette opération abusive. Elle devrait, ce me semble, être réservée pour des cas tout à fait exceptionnels, et ne devrait, dans ces cas, jamais servir qu'à décider si une lésion *reconnue dans le fait*, mais douteuse dans sa nature, son siège ou son étendue, est ou n'est pas opérable. Cette manière de faire est seule acceptable.

Plus on avancera dans la connaissance de la gynécologie, plus rare deviendra la laparotomie exploratrice.

Le progrès est réalisé, en partie du moins, pour les laparotomistes d'un certain âge ; mais les nouveaux venus sont exposés

aux mêmes erreurs. La raison en est bien simple : *il y a beaucoup d'apprentis chirurgiens, mais bien peu d'apprentis gynécologues*. Or, dans les pays où la gynécologie est une science neuve, non pas neuve dans ses principes fondamentaux, mais dans ses procédés, et où l'on hésite devant les manœuvres d'investigation les plus élémentaires et les plus inoffensives, devant les opérations chirurgicales les plus simples et les plus bénignes, il est à craindre que le progrès ne soit lent dans la connaissance du diagnostic précis des maladies des organes génitaux de la femme, et dans l'appréciation judicieuse des lésions qui constituent la base anatomique de ces maladies.

Si la modération est venue avec l'expérience quant à la laparotomie exploratrice, on retrouve les excès et les erreurs sur d'autres sujets.

Nous voyons sacrifier les ovaires pour des métrorrhagies de cause inconnue, pour des douleurs dont le siège n'a rien de certain, et qui tiennent souvent à des névrites propagées aux gros troncs des plexus du bassin ou à la moelle, pour des phénomènes nerveux dits *sine materia*.

Nous lisons la relation d'extirpations de l'utérus pour des flexions, pour des rétroversions, pour un prolapsus, pour une prétendue névralgie utérine, pour une métrite hypertrophique, etc. Et ces pratiques déraisonnables provoquent à peine l'étonnement ! C'est en vain qu'on voudrait entendre une protestation sérieuse, autorisée ; les bons esprits sont rares qui osent s'élever franchement contre une manière de faire, qu'à la rigueur on peut appeler de la chirurgie brillante, mais qui, d'après moi, est de la gynécologie déplorable.

Voici maintenant que la fureur de la mutilation s'est tournée contre les *trompes utérines*. Or, que l'on extirpe les trompes ou les ovaires, c'est toujours à la castration que l'on aboutit, c'est-à-dire à la stérilité forcée toujours, à la déchéance physique et morale de la femme souvent, sans parler des dangers auxquels on l'expose, et à la condition sociale délicate où on la place au point de vue de nos mœurs.

Tant que la France a eu le privilège d'échapper à la contagion étrangère, et que nous avons joui du loisir paisible de faire notre éducation gynécologique avec les faits de source étrangère, les erreurs et les excès de nos voisins faisant les frais de

notre expérience et de notre sagesse, nous pouvions nous borner à des protestations platoniques. Mais l'épidémie s'étend jusqu'à nous, et c'est le devoir de ceux qui entendent la thérapeutique des affections féminines autrement que par le moyen des grands sacrifices chirurgicaux, de joindre hautement leurs protestations à celles des gynécologues des autres pays, qui se sont vivement élevés contre les mêmes abus.

A constater la facilité avec laquelle la *salpingotomie* est proposée aujourd'hui, contre la salpingite, par beaucoup de chirurgiens, — à voir l'empressement de quelques médecins à l'accepter pour le compte de leurs malades, l'indifférence et la résignation de beaucoup d'autres, et même leur impuissance à la faire rejeter, à voir enfin la faveur, dont menace de jouir cette nouvelle venue, on pourrait se demander quel fléau récent a fait son apparition, quel mal implacable est venu s'ajouter à la liste des affections si nombreuses, dont les organes reproducteurs de la femme sont déjà le siège.

Les progrès scientifiques récents ne peuvent pourtant pas avoir eu ce résultat de changer totalement les termes du problème pathologique ! Quelques découvertes anatomiques et étiologiques précises, additionnées de beaucoup de néologismes, n'ont pu effacer des notions établies solidement depuis longtemps.

Ne semble-t-il pas au moins que cette rage de castration dût trouver une apparence de justification dans la gravité des lésions ?...

Il n'en est rien cependant ; car, à moins d'admettre que la pelvi-péritonite, la périmétrite, constituent une maladie nouvelle, ou que ces affections, dont la notion est ancienne et classique, ont lassé la patience et le savoir des gynécologues, il faut bien avouer que l'on propose un remède par trop radical, là où la nature et l'art ont beaucoup fait, et ont beaucoup à faire. Il faut reconnaître surtout, quand on est au courant de ce qui se passe, que c'est avec une singulière précipitation, et sans le moindre souci de laisser au temps le délai suffisant pour faire les frais de la guérison, que quelques opérateurs décident l'ablation des annexes de la femme. D'après certains bruits qui sont, je pense de simples racontars, il suffit qu'une malade se plaigne depuis quelques semaines, depuis quelques mois, de douleurs de ventre ; que, par l'examen, l'on trouve des annexes tuméfiées ou

kystiques, pour que la castration soit décidée par certains chirurgiens que n'arrêtent point le souci des conséquences d'une pareille opération, ni même son inopportunité.

La *salpingite* n'est pas une maladie nouvelle, tant s'en faut. Pour les érudits, elle date de *Spronius*, cité par Morgagni dans sa 38^e lettre. Pour ceux qui suivent le courant gynécologique moderne, la salpingite paraît être sortie de son obscurité avec les mémoires théoriques de Næggerath (1872-1875) et les publications de Tait (1880 et seq.), tandis qu'en réalité, les plus justement renommés parmi les gynécologues français, Bernutz, Aran, Siredey, Gallard et ses élèves Seuvres, Merlou, etc., de 1850 à 1874, ont fait à cette affection, dans la pathologie féminine, une place en rapport avec son importance.

L'objet réel de ce travail est de montrer la possibilité d'arriver à la guérison d'un grand nombre d'affections tubaires, sans avoir recours à l'ablation des annexes. A l'encontre des procédés radicaux proposés par la chirurgie moderne et qui menacent de prendre une extension hors de proportion avec le but à atteindre, on peut user de procédés conservateurs, qui sont surtout de mise quand il s'agit des organes de la reproduction.

J'ai essayé, et j'ai obtenu l'évacuation de collections intra-tubaires par la dilatation large et permanente de la cavité utérine, combinée au raclage et au drainage de cette cavité.

Pour comprendre la possibilité théorique de ce fait, il faut, *en premier lieu*, se souvenir de quelques points qui ont été mis hors de contestation par l'étude des pièces fraîches résultant de nombreuses opérations pratiquées sur l'appareil génital de la femme, et par l'observation clinique attentive ; ce sont :

a) — La distension fréquente du segment interne de la trompe et de son orifice utérin, lorsqu'il existe un état inflammatoire chronique des parois tubaires, combiné à un exsudat enkysté dans sa portion moyenne et à l'occlusion du pavillon.

b) — La possibilité de l'évacuation spontanée de ces sortes de collections liquides, soit au moment des règles, soit à l'occasion d'un traumatisme ou d'un ébranlement physique quelconque. Bien des tumeurs regardées à tort comme des kystes ovariens destinés au couteau du chirurgien, ont disparu subitement dans les quelques jours qui ont précédé la date fixée pour

l'opération, et se sont liquidées en un écoulement abondant par les voies génitales externes : je possède plusieurs exemples de ces faits singuliers.

c) — Plus fréquemment encore, la trompe affectée de semblables processus s'emplit et se vide alternativement, pendant des mois et des années, un flux subit et abondant marquant chaque période d'évacuation.

d) — Enfin, il est des gynécologues qui ont obtenu la guérison définitive, en évacuant par le vagin, tantôt avec le bistouri, tantôt avec l'électrolyse ou le thermocautère ou de gros trocars, de prétendues hématoécèles ou de prétendus phlegmons péri-utérins, qui n'étaient autre chose que des hémato-salpinx ou des hydro-salpinx, ou des pyo-salpinx.

e) — Il en est d'autres qui ont réussi par la laparotomie et l'incision simple de la trompe, suivie de l'évacuation de son contenu et du drainage de sa cavité, après fixation des parois à la plaie abdominale.

Dans ces cas, on a traité et on a pu guérir sans faire l'ablation de la tumeur, sans pratiquer, à proprement parler, la castration.

Il faut, *en second lieu*, ne point perdre de vue que parmi les affections de la trompe, il en est de réellement *inflammatoires et septiques*, par conséquent liées à l'existence d'un principe infectieux, dont la destruction intégrale est la condition *sine qua non* de la guérison ; c'est le cas des salpingites blennorrhagiques, blennorrhéiques, puerpérales, septiques, etc.....

Le début de ces salpingites nous rappelle l'histoire de la pelvipéritonite classique, avec ses divers degrés d'acuité.

Au début, c'est une inflammation diffuse du petit bassin, tantôt bilatérale d'emblée, plus souvent affectant successivement les annexes de chaque côté, — exsudat massif, dans lequel les organes pelviens, ovaires, trompes, utérus, sont englobés sans possibilité pour le clinicien de localiser une lésion ; on observe des phénomènes généraux plus ou moins graves, et une réaction fébrile intense.

Après l'explosion aiguë, calme. — Pour un certain nombre, et c'est la minorité, récidives mensuelles et ordinairement menstruelles ; phénomènes généraux réactionnels atténués ; mais souvent, et suivant les cas, phénomènes objectifs, en ce qui concerne surtout la trompe, *tumeur et douleur* augmentées. A ce moment,

le diagnostic circonstancié et localisé est possible avec un peu d'attention.

Dans ces cas, si l'infection reste permanente, dans les récidives, avec toute son acuité, la tumeur intra-tubaire sera purulente, *pyo-salpinx* ; sinon l'inflammation, d'abord atténuée, puis éteinte de la muqueuse tubaire, pourra produire des exsudats presque inertes, ou tout à fait passifs quant à la virulence. Ce sera du sang (*hémato-salpinx*) si les altérations de la muqueuse portent surtout sur l'appareil vasculaire, et si les phénomènes congestifs prédominent.

Ce sera un liquide séro-sanguin ou séreux (*hydro-salpinx*) si les troubles sécrétoires prédominent. Enfin, il n'est pas impossible qu'une collection intra-tubaire, purulente, septique à son début, perde cette virulence et son aspect purulent avec le temps, comme certains abcès chroniques, dont le contenu se réduit à la longue à une sérosité louche et dépourvue de germes.

De cet exposé, il résulte qu'une salpingite franchement aiguë peut dégénérer en une lésion chronique, kyste purulent, séreux, ou sanguin, tantôt *septique*, et non susceptible de guérir par la simple évacuation, car elle se reproduira fatalement, — tantôt *aseptique*, pouvant guérir par l'évacuation suivie d'une hygiène bien entendue.

L'inflammation aiguë de la trompe n'est, somme toute, qu'une affection simple, et, quelle que soit sa nature, elle est susceptible de guérir spontanément, comme peuvent guérir les maladies les plus virulentes, ainsi que le témoigne la durée cyclique de la plupart d'entre elles ; la blennorrhagie même guérit spontanément dans certains cas.

Il existe donc des conditions spéciales qui expliquent la permanence de la maladie ou son passage à l'état chronique, avec cette forme récidivante qui fait le désespoir des malades. Il y a aussi des formes dégénératives spécifiques, *primitives* ou *secondaires* à l'inflammation : tubercule, papillome, cancer, syphilome, etc... Je ne puis m'étendre sur ces points ; mais je souligne ici ce fait, que l'occlusion mécanique de l'oviducte du côté de l'utérus, soit par des végétations fongueuses de la muqueuse utérine ou tubaire, soit l'atrésie de l'utérus lui-même due à une flexion spasmodique passagère, plus souvent à une flexion permanente de l'organe, sont les causes les plus ordinaires et les

plus immédiates de la rétention kystique des exsudats intra-tubaires dans la salpingite.

Cette évolution chronique n'est point la marche et la terminaison habituelle des pelvi-péritonites, et il faut bien dire que cette affection s'éteint le plus souvent, dans la plupart des lésions organiques élémentaires qui la constituent, avec le traitement antiphlogistique bien entendu et suffisamment prolongé. De cet ensemble : *métrite, salpingite, ovarite, pelvi-péritonite*, il ne reste, même dans les formes cliniques les plus caractérisées, après une ou deux récidives aux époques menstruelles les plus rapprochées du début, qu'un état morbide insignifiant, compatible avec un état de santé très suffisant. Seule, la *stérilité* est à redouter, pour un temps plus ou moins long ou pour toujours, du fait de l'atrésie utérine par déviation (antéflexion ordinairement), ou du fait de l'atrésie et des déplacements de l'oviducte et de l'ovaire.

Lastérilité n'est même pas définitive, je le répète, car j'ai observé des cas où, après plusieurs années, la fécondation a pu s'opérer. Tout le monde connaît de ces cas, où l'on voit apparaître des enfants dans de vieux ménages stériles depuis de nombreuses années.

Si l'on acceptait que la découverte de vieilles adhérences mortes du petit bassin, avec vestiges d'oophorosalpingite, faite à l'occasion d'une métrite persistante, est uniquement passible d'un traitement radical, ou que la guérison de ces états pathologiques en pleine évolution est œuvre chirurgicale, il faudrait castrer le quart des femmes de Paris, tant la fréquence de la pelvi-péritonite est grande, qu'elle éclate pendant l'établissement de la menstruation chez les filles, immédiatement après les premiers rapprochements chez les jeunes mariées, à la suite d'un accouchement ou d'un avortement, chez les jeunes femmes indemnes jusque-là.

A côté de ces formes inflammatoires, véritables salpingites, qui dégénèrent en kystes tubaires ouverts ou fermés, il est une autre variété de collections enkystées de l'oviducte.

Kystes non septiques par rétention. — Ils sont le fait de phénomènes purement *congestifs* ou de troubles *mécaniques*, le

plus souvent de la combinaison des deux, sans mélange d'inflammation septique ou virulente avérée.

A. Les variétés par *congestions* s'expliquent aisément, si l'on veut bien se rappeler le rôle de la muqueuse génitale, sa structure, ses fluxions périodiques, et l'influence significative des spasmes vasculaires, pour produire si aisément l'arrêt ou la réapparition du flux menstruel. On a été jusqu'à affirmer que le processus dépendait surtout de la menstruation de la trompe (L. Tait), tant sont fréquents les cas dans lesquels la trompe a été trouvée pleine de sang au cours d'une laparotomie. Il paraît avéré que le coït répété détermine des fluxions tubo-ovariennes telles, que l'*hémato-salpinx* et l'apoplexie ovarienne en sont la conséquence par excès de ces fluxions. Les chagrins et les affections morales intenses agissent dans le même sens. — J'aurais à refaire l'histoire entière de l'*hématocèle*, pour tirer la question au clair.

J'ajouterai un correctif à cet exposé ; c'est que les tumeurs sanguines de la trompe trouvent un aliment pathogénique important dans ces états *pseudo-phlegmasiques* des muqueuses, si fréquents chez les débiles, les strumeuses, à la suite des pyrexies infectieuses. La coagulation du sang dans la trompe suffit à expliquer l'enkystement d'un caillot, par impossibilité de son expulsion.

B. Les variétés par *trouble mécanique de l'excrétion* sont le fait des spasmes survenant au cours de la fluxion menstruelle ; l'action du froid, les émotions vives, le coït, qui suspendent parfois l'écoulement des règles, agissent plus, je crois, en faisant porter le réflexe sur les sphincters musculaires de l'appareil tubo-utérin, qu'en agissant sur les vaisseaux ; il n'y a pas d'autre interprétation possible de la formation subite d'une collection volumineuse dans la trompe.

Ici encore, les congestions passives ou actives, les déviations utérines, flexions rétroversion, etc..., la débilité, les chagrins, sont un puissant élément étiologique.

Dans ces variétés, *mécaniques*, le liquide collecté peut être un coagulum sanguin, du sang fluide, un liquide séro-sanguinolent ou de la sérosité pure, suivant la qualité primitive du sang du sujet, ou la plus ou moins complète résorption de ses éléments colorants et plastiques, après l'enkystement ; suivant la quantité

de sérum épanché, l'état des épithéliums, leur habitude sécrétoire, etc.

La marche de ces variétés non septiques est plus bénigne encore que celle des formes précédentes, et l'issue de la maladie doit être favorable, *à moins qu'un élément inflammatoire réel ne vienne s'adjoindre à la tumeur mécanique.*

Telles sont les considérations que le raisonnement seul peut inspirer.

Si je laisse ces considérations théoriques générales de côté, pour regarder les faits, je trouve que les statistiques concordent pour montrer la rareté de la *pyo-salpingite septique*, par rapport à l'*hydro*, l'*hémato-salpinx*. Ainsi, sur près de vingt cas opérés par moi, où l'inflammation de la trompe constituait une lésion primordiale ou accessoire, je n'ai trouvé qu'une seule fois du pus franc collecté, et c'était un cas de salpingite interstitielle plastique, liée à un très ancien fibrôme.

Autre preuve. Bien que la fréquence étiologique de la blennorrhagie et de la blennorrhée soit un fait reconnu par presque tous les gynécologues, c'est exceptionnellement que l'on a trouvé des gonococques dans l'exsudat.

Dans les kystes tubaires à contenu puriforme ou chocolaté, on ne trouve que rarement des microbes pathogènes.

A cette question : *l'existence de l'abcès tubaire, de la pyo-salpinx, légitime-t-elle l'ablation ?* on pourrait donc presque répondre négativement. L'objection de la possibilité de la rupture dans le péritoine n'est même pas faisable, car rien n'est rare comme cette prétendue rupture. J'en ai vu un cas, un seul, dont j'ai pu faire l'autopsie, et encore n'était-il pas possible de démêler si une grossesse ectopique n'avait pas été le point de départ de la lésion.

Je conclus donc :

1° Que les moyens actifs ne doivent être mis en œuvre, dans les cas de *salpingite aiguë et récente*, qu'après une expectation de plusieurs mois, à la suite de laquelle la permanence d'une tumeur tubaire sujette à des poussées inflammatoires périodiques ou irrégulières, sera nettement démontrée.

2° L'*ablation des annexes* ne doit être mise en ligne de compte que lorsque les moyens actifs, mais conservateurs, auront échoué.

3° L'évacuation artificielle de la poche suffit à la guérison de la plupart des formes de kyste tubaire.

4° La pratique qui consiste à établir posément, ou plus souvent à risquer le diagnostic de salpingite, et à partir de là pour enlever les annexes de la malade, à bref délai, est la négation de tout principe de saine gynécologie. Le sacrifice aussi délibérément fait des organes essentiels de la reproduction, chez la femme, est une faute inexcusable.

Qu'on n'objecte point que ces organes sont inaptes à fonctionner, car l'objection est spécieuse, puisque des faits, rares à la vérité, mais certains, prouvent la possibilité de la fécondation après guérison. En tout cas, la laparotomie, qui a toujours sa part de danger, si minime soit-elle, est une *ultima ratio* à réserver. J'ai vu enlever des trompes et des ovaires, sur lesquels pas un anatomiste sérieux n'eût osé mettre une étiquette pathologique, et très aptes à fonctionner régulièrement.

Souvent la *douleur* a été le point de départ de l'intervention ; et malgré la constatation d'organes qui après un examen *in situ* avaient été jugés sains, l'ablation a été pratiquée. Je sais bien qu'on a toujours des raisons pour justifier de pareils actes, mais la vérité, il faut bien le dire, c'est que, une fois le couteau en marche, il est difficile que l'opérateur s'arrête. Avec cette rage de chirurgie abdominale qui sévit, un ventre est vite ouvert, et une fois ouvert, le sacrifice des trompes et des annexes est vite décidé, pour peu que l'on découvre quelques fragments pseudo-membraneux, quelque collection kystique insignifiante, appendue à la trompe ou faisant saillie sur l'ovaire.

Je puis parler hautement de ces exagérations, car j'ai agi ainsi, à mon insu et par erreur, c'est vrai ; mais je n'en fais pas moins mon *mea culpa* aujourd'hui.

2^e PARTIE.

Il y a longtemps que le *drainage* de la cavité utérine, a paru aux gynécologues, un moyen avantageux pour favoriser l'écoulement des produits morbides sécrétés par la matrice. Je rappellerai l'emploi des drains de caoutchouc, des tubes de métal et de verre affectés à cet usage, et laissés à demeure dans le canal utérin.

Plus récemment, dans un mémoire volumineux et très nourri de documents, le docteur Walton, de Bruxelles (1), a établi un plaidoyer en faveur de l'extension des procédés de la thérapeutique intra-utérine au traitement des affections péri-utérines et para-utérines. Je suis pleinement d'accord avec lui, que l'assainissement de la cavité utérine est la condition *sine qua non* de la guérison des inflammations de la trompe et du paramétrium. J'ai insisté suffisamment sur ce point, dans mon mémoire sur l'*endométrite*.

Je crois que la dilatation artificielle de l'utérus est un bon moyen d'ouvrir une voie aux sécrétions, et d'assurer la perméabilité, sinon la béance, des conduits utérin et tubo-utérin.

Je me réserve, quant à l'action favorable de la dilatation sur les foyers de paramérite, mais je n'ai aucun doute sur l'utilité de la dilatation artificielle quant aux affections tubaires.

Toutefois, je considère que le curage précédé de la dilatation instrumentale, dilatation forcée ou pratiquée en une seule séance par écartement graduel des parois utérines, est une méthode imparfaite. J'ai vu deux fois reparaître, après l'emploi de ce procédé, un exsudat *intra-tubaire*, à la première réapparition des règles qui a suivi l'opération. Le mal n'était pas grand, mais la déception le fut pour la malade et pour l'opérateur, car l'une et l'autre croyaient bien à la disparition de l'affection, tandis que ce ne fut qu'une simple accalmie.

Mon ami le Dr Pouillet, de Lyon, très partisan de l'intervention intra-utérine pour tous les cas morbides de l'appareil génital, s'est efforcé dans une note lue à la Société nationale de médecine de Lyon, de faire ressortir la parfaite innocuité du traitement chirurgical de la métrite, *même en présence de complications inflammatoires du paramétrium*.

Son raisonnement, basé sur des théories un peu vagues de pathologie générale, et d'ailleurs calqué sur celui de Walton, le conduit à admettre, de la part du curettage et de la dilatation, une sorte d'action favorable à la résorption et, finalement, à la disparition des noyaux inflammatoires para-utérins, ceux-ci, loin d'être une contre-indication à l'opération, la justifieraient encore davantage.

(1) Contribution à l'étude de la pelvi-péritonite, Académie Royale de médecine de Belgique, juillet 1887. Bruxelles, 1888.

J'ai critiqué son idée, qui est celle de Walton, avec toute la sympathie que m'inspirent ces deux confrères, aussi ardents au progrès, que partisans de la nouvelle méthode gynécologique ; mais je n'ai pas pu m'empêcher de faire remarquer, dans une note publiée il y a quelques mois dans les *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gynécologie*, que je soupçonnais fort, de leur part, une confusion de la paramérite avec la péri-mérite dans toute cette tentative.

Là où l'on voyait un foyer de cellulite, je ne voulais voir qu'une collection enkystée de la trompe, lésion bien plus fréquente, mais surtout, lésion bien moins redoutable que la première.

Je laisse ce point accessoire de côté. Revenant aux bons effets du curettage précédé de la dilatation, je dois dire qu'il m'est revenu que des résultats analogues à ceux du D^r Pouillet, avaient été obtenus à l'hôpital de la Charité par le professeur Trélat.

Il est singulier que les masses pelviennes dures ou rénitentes rencontrées dans le bassin en l'absence de phénomènes phlegmasiques aigus, soient si aisément qualifiées de paramérite, quand on sait qu'en réalité, les processus paramétritiques sont la conséquence presque exclusive de traumatismes septiques récents, et ont une évolution très significative, de par les symptômes liés à la phlébite ou à la lymphangite qui en constituent le fonds anato-mo-pathologique.

De toute façon, les faits ne peuvent avoir tort, et il n'est pas à contester que les masses pelviennes liées parfois à la métrite chronique, ne disparaissent parfois très rapidement à la suite d'une thérapeutique intra-utérine bien entendue.

C'est ici que gît le point délicat. M. Pouillet cite dans son mémoire une observation pleine d'intérêt. On y voit réalisée, sans doute possible, la disparition d'une tumeur pelvienne enflammée, et d'un exsudat diffus (que M. Pouillet étiquète para-utérin, mais qu'il me permettra de ne point étiqueter de la même façon), au moyen des tentes et des éponges antiseptiques, procédé que j'affectionne particulièrement, et qu'il m'a vu employer plusieurs fois. Je comprends ce fait, je peux l'expliquer ; il rentre dans ma manière de faire, et je constate que, peut-être sans s'en douter, mais très heureusement, mon confrère a mis en pratique le seul moyen avantageux pour obtenir l'évacuation artificielle par l'utérus, d'une collection enkystée de la trompe.

Depuis le travail de M. Pouillet, Walton a publié une nouvel-

le note (1) dans laquelle le problème est posé aussi nettement que possible. Les données en sont scientifiquement analysées, et les conclusions très judicieusement déduites. Seul le procédé me paraît rester inférieur au rôle que l'auteur se propose de lui faire jouer. La dilatation forcée instrumentale, suivie de l'installation en permanence d'un système de drainage par le moyen d'un tube de verre ou de caoutchouc, maintenu en permanence dans l'utérus, est d'un emploi qui peut devenir souvent infidèle, malgré l'antisepsie dans la cavité vaginale, réalisée par les irrigations et le maintien de la gaze iodoformée.

Je ne veux pas critiquer en détail la méthode employée par mon confrère belge. D'ailleurs, des deux cas qu'il cite dans sa note, l'un, pris un peu tard, s'est terminé fatalement ; l'autre a guéri. C'est donc un argument qu'il pourrait opposer à ma critique avec une apparence de raison.

J'aime mieux me borner à exposer les résultats que m'a donnés ma pratique.

—
La *statistique* des cas de périmétrite, caractérisés à une période quelconque de leur évolution, par le développement inflammatoire, et très probablement par des exsudats intra-tubaires que j'ai observés depuis le début de ma carrière gynécologique active, avec assez de soin pour être fixé sur les détails les plus minimes, ne dépasse pas une centaine d'observations. Je ne fais pas rentrer dans ce cadre les antécédents, racontés par les malades elle-mêmes, qui se rapportent à une étape lointaine de la maladie pour laquelle elles me consultaient. Je ne vise que les cas dans lesquels j'ai saisi sur le fait un début ou une récurrence.

Un tiers de ces malades a guéri spontanément, par l'emploi des moyens de la vieille gynécologie : repos prolongé, antiphlogistiques, vésicatoires, tampons, pendant la période aiguë et les récurrences subséquentes ; douches vaginales chaudes, balnéation thermale à la période tout à fait ultime, etc.

L'état morbide a suivi sa marche habituelle, et n'a guère disparu qu'après trois mois, au minimum, de soins assidus et d'une hygiène rigoureuse, à dater de la première explosion des accidents. C'est un point essentiel que la maladie soit traitée dès le début.

(1) Drainage de la cavité utérine en cas d'abcès pelvien. Gand, 1888.

Une quinzaine de malades ont guéri, bien qu'à une période déjà éloignée de plusieurs mois ou de plusieurs années, par l'emploi de la thérapeutique intra-utérine, dirigée bien plus contre l'état de l'utérus, en vertu des principes de pathologie utérine que je professe, que contre les lésions accessoires des annexes.

Mes assistants, les D^{rs} Bonnet et Petit, ont obtenu sur des malades de ma clinique des succès indéniables, et amené la disparition de tumeurs pelviennes, par l'emploi de la dilatation au moyen des tentes et du curage. Le doute régnait seulement sur la localisation exacte de la lésion péri-utérine.

Dans le nombre des malades qui ont présenté des affections pelviennes récidivantes douloureuses et rebelles à tout traitement, dans le courant de cette année, neuf se sont soumises à la castration par la laparotomie, que je leur ai proposée.

Une seule a succombé ; les 8 autres ont été guéries.

Je dois dire que je n'ai entrepris, dans ces neuf cas, l'opération radicale que pour des lésions très complexes du bassin, dans lesquelles les trompes tuméfiées et kystiques, étaient englobées, avec des ovaires fort altérés, dans une gangue de vieux exsudats péritonitiques — lésions témoignant de l'ancienneté et de l'incurabilité de la maladie. Dans aucun cas, il ne s'agissait d'oophoro-salpingite récente, et jamais il ne m'est arrivé d'avoir à cueillir un ovaire ou une trompe à peine tuméfiés, fixés par un exsudat fibrineux demi-solide, ou bien retenus par des filaments pseudo-membraneux, vestiges de pelvi-péritonite ancienne et de peu d'intensité. J'ai toujours eu affaire à des cas compliqués, et les opérations très laborieuses que j'ai eues à pratiquer, étaient le plus souvent de celles pour lesquelles on recommande l'abstention, après constatation de la tenacité et de la multiplicité des adhérences pelviennes. Je n'ai point fait une seule opération incomplète, et j'ai pu, dans ces cas, réaliser en entier mon plan opératoire, seule justification de ma décision radicale.

Une seule fois j'ai usé du drainage : c'est dans le cas suivi de mort. La jeune malade était dans un état général grave, névropathe à l'excès, et sujette à des crises de purpura, caractérisées par de larges plaques ecchymotiques à toute la surface du corps. Elle était en période d'éruption depuis l'avant-veille, lorsque je l'opérai à l'hôpital Ténon, avec le concours de mon collègue et ami le D^r Richelot.

L'incision saigna abondamment, ainsi que les solutions de continuité pratiquées au cours de l'opération. Le bassin contenait une sérosité fortement teintée en rouge et assez abondante ; il y avait des taches ecchymotiques sur l'intestin, et la moindre pression semblait en produire de nouvelles.

L'ablation des annexes malades fut pénible et assez longue. Le drainage permit de constater, durant les jours qui suivirent, un suintement sanguin peu abondant dans le bassin. L'apyrexie fut complète pendant quatre jours, mais le collapsus fit vite place à une extrême faiblesse, qui n'avait pas cessé depuis l'opération ; la fièvre parut le cinquième jour, et la malade succomba le sixième. L'autopsie révéla une péritonite adhésive limitée au petit bassin, sans suppuration. Une petite nappe d'aspect purulent dans les parois abdominales, entre les lèvres de l'incision. Si j'insiste sur ce cas terminé fâcheusement, c'est pour montrer qu'il a fallu un concours de circonstances très défavorables pour amener ce résultat, sinon ma statistique serait excellente ; mais, telle qu'elle est, on peut comprendre qu'elle n'est pas pour me faire rejeter l'intervention radicale, *dès que je la juge nécessaire*, et que je n'ai d'autre motif pour chercher la guérison dans d'autres méthodes moins sévères, que l'intérêt même des malades et le progrès de la gynécologie conservatrice.

— J'ai, intentionnellement et en pleine connaissance de cause, traité neuf malades affectées de collections tubaires récidivantes, dont quelques-unes ont été observées longuement par moi, ainsi qu'en témoigne le schéma ci-contre, où l'on peut voir numérotés la forme et le volume des organes malades, suivant l'époque où l'on a observé les lésions dans leur plénitude, leur marche descendante et leur recrudescence progressive. Le détail des observations, qui seront publiées, instruira mieux le lecteur.

Procédé opératoire. — Sa justification théorique.

La méthode consiste :

1° Dans la *dilatation permanente*, lente et progressivement augmentée de la cavité utérine. On l'obtient en quelques jours, par l'usage de substances dilatatrices.

a. Tiges de laminaria (désinfecté par la méthode que j'ai indiquée ailleurs).

b. Cônes d'éponge préparée (désinfectés de même et enduits d'axonge sublimée à 1/1000).

L'action des tiges de laminaire a pour but de faciliter l'introduction des cônes d'éponge ; leur emploi sera donc très court, tandis qu'il est avantageux de répéter l'action des éponges, et d'en augmenter chaque fois le volume. On obtient de la sorte un état permanent de dilatation, favorable au but que l'on se propose, et que j'exposerai mieux tout à l'heure. Je pense que l'on peut ainsi maintenir la cavité utérine largement distendue pendant quatre, cinq jours et plus.

2° *Le curage* très méticuleux des angles tubaires de la cavité utérine, de la région de l'orifice interne, si, comme cela est très fréquent, il existe une flexion. C'est au niveau de ces régions que l'existence de productions fongueuses de la muqueuse a le plus fâcheux résultat, car elles constituent un des éléments pathogéniques des collections enkystées de la trompe. En maintenant l'atésie partielle ou totale de ces orifices, elles font obstacle au cours naturel des sécrétions morbides, et l'on conçoit que la même affection catarrhale puisse être tolérable si le cours des sécrétions est régulier et facile, tandis qu'elle devient autrement fâcheuse, si un arrêt survient dans le cours des liquides pathologiques.

Le curage est naturellement accompagné du cortège de précautions nécessaires (irrigations, écouvillonnage).

3° *Drainage de la cavité utérine.*—On le pratique en bourrant l'utérus de gaze iodoformée fortement enduite de glycérine. Il ne faut pas craindre de tasser la gaze, et d'en faire pénétrer autant qu'on peut, de façon à profiter de l'élasticité acquise des parois utérines, et à augmenter encore, si faire se peut, leur distension et leur amincissement.

Ce drainage doit être renouvelé tous les jours, ou au minimum tous les deux jours, jusqu'à ce que l'examen bimanuel ait montré que la tumeur pelvienne a disparu. Dans ce cas, on peut diminuer la quantité de gaze, progressivement, à chaque pansement. Il me paraît prudent, en effet, de ne pas rendre brusquement à l'utérus tout son ressort, et de ne laisser les orifices revenir à leur dimension normale que peu à peu.

Précautions et soins consécutifs. — Le plus grand risque que puisse courir la malade traitée de la sorte pour une inflammation pelvienne chronique, est le retour subit à la vie ordinaire, et le défaut de précautions à la première période mensuelle consécutive au traitement.

Il s'opère, en effet, à la suite de la série de manœuvres prolongées que je viens de retracer, une sorte d'*involution*, nécessitée par les modifications matérielles du tissu utérin, et qui peut se comparer de loin (sauf l'hyperthrophie) à celle qui succède à un avortement très précoce. Le repos réglé, c'est-à-dire l'abstention de fatigue, de coït et de mouvements brusques, m'ont paru favorables à cette *restitutio ad integrum*.

Durant la première période menstruelle qui suit, j'ai prescrit le repos au lit. J'en ai reconnu la nécessité, par des vellétés de réapparition de l'affection, chez une de mes malades principalement, qui fit le voyage de Paris au Vésinet pendant ses règles. Chez toutes, j'ai observé qu'il y a encore, à ce premier retour, un mouvement fluxionnaire exagéré du côté des *ovaires*, de nature à réveiller les douleurs, et capable de s'étendre aux trompes vidées, mais encore susceptibles, si l'on n'usait d'une grande prudence.

Depuis l'opération, mes malades ont été soumises à des irrigations antiseptiques quotidiennes, faites par une personne expérimentée et au courant des inconvénients de l'ampliation excessive du vagin, quand la sortie du liquide en retour n'est pas largement assurée.

Ces irrigations étaient complétées par l'occlusion permanente du vagin avec un tampon enduit de glycérine iodoformée à 5 pour cent.

Enfin, un point essentiel, c'est de faire cesser, par les moyens appropriés, toute cause d'inflammation chronique de l'utérus, ou d'atrésie des diverses portions de son conduit.

Comment expliquer l'action des manœuvres thérapeutiques que j'ai employées ? On comprend bien le rôle du curage, après l'explication que je viens d'en donner, mais celui de la *dilatation* ?

Je ne puis offrir que des hypothèses à cet égard. Etant réservée la certitude et la quasi-constance des résultats que tout le monde pourra vérifier, en se donnant la peine de répéter la série thérapeutique sus-décrite, je pense qu'on peut admettre théori-

quement : 1° que la distension excessive des parois utérines a pour effet leur amincissement et l'afflux plus facile du sang dans les zones internes de ces parois. Le tissu utérin, en s'étalant, s'amincit nécessairement comme le ferait un organe analogue en caoutchouc qu'on distendrait, et il n'est pas admissible qu'il en soit autrement, si l'on songe que la cavité utérine distendue, comme elle doit l'être pour que le traitement ait son plein effet, admet facilement un doigt et parfois, bien qu'avec peine, deux doigts. La quantité de tissu n'a point augmenté proportionnellement, il faut donc qu'il y ait amincissement.

Tous ceux qui ont l'habitude de la thérapeutique intra-utérine, savent combien les alternatives de contraction et de relâchement sont fréquentes dans le tissu utérin. — J'ai observé moi-même l'ampliation rapide de la cavité utérine par du sang pendant le curage, alors que de résistante la paroi devient tout d'un coup flasque et molle, et que l'hystérométrie donne deux et trois centimètres d'allongement. — Au moment des règles, chez certaines femmes, le volume de l'utérus augmente de moitié. — Nul n'ignore le relâchement paralytique *post-partum* des parois utérines, qui dans quelques conditions peut produire l'hémorrhagie ou l'inversion. — Le rôle du sang qui irrigue le tissu utérin est important, si on songe que la contraction ou le relâchement de la fibre utérine elle-même sont la seule soupape et le seul régulateur de l'irrigation des parois de la muqueuse. Que l'on suppose un spasme paralytique qui porte à la fois sur le tissu musculaire de l'organe et sur celui des vaisseaux, — et de dur, solide et résistant qu'était le muscle utérin il devient mou, gorgé de fluides, élastique et souple. Ces alternatives, nous les retrouvons dans les parois de la plupart des organes creux à fibres lisses, l'estomac, la vessie, le rectum, l'uretère, etc.... dont on peut opposer, par exemple, le durcissement spasmodique, tonique, à l'extension démesurée, jusqu'à la minceur, d'une membrane transparente. Il suffit, pour cela, de l'accumulation d'un produit normal de sécrétion.

A plus forte raison, cette distension peut-elle être obtenue lorsqu'il existe un état morbide du tissu, et lorsqu'un obstacle augmente la rétention des *secreta* ou des *excreta*.

Cette vue théorique me conduit à accepter la possibilité de l'amincissement notable des parois de l'utérus, tandis que la

cavité est forcée excentriquement par le corps dilateur en permanence (résultat que l'on ne peut point espérer des autres procédés de dilatation).

Or, j'arrive par le même raisonnement à comprendre la distension du segment résistant de la trompe, c'est-à-dire de ses deux tiers internes, dont le plus interne est intra-pariétal, c'est-à-dire logé dans l'épaisseur des cornes utérines. Si l'on ne doute pas que la surdistension de la vessie est capable de produire rapidement une dilatation notable de l'uretère et des bassinets, en raison de la tension que ces réservoirs subissent entre deux pressions opposées, celle de la vessie et la tension du sang dans les capillaires rénaux, — on peut bien adopter l'idée, qu'entre la tension de l'exsudat intra-tubaire et l'obstruction mécanique de la matrice, la trompe doit subir une distension mécanique suffisante pour aider au passage du liquide de la cavité où existe le plus de tension, vers celle où la tension est moindre (l'utérus). On oublie trop facilement qu'ici la longueur et la persistance de l'effort de tension des liquides morbides d'une part, et d'autre part, la texture musculaire des parois tubo-utérines sont favorables au résultat.

Il ne faut pas oublier non plus, que plus les parois tubaires sont malades, moins elles ont de résistance ; que leur altération, aussi bien que l'afflux sanguin dans leur tissu, sont donc deux conditions adjuvantes du mécanisme que je tente d'expliquer ; qu'enfin, ainsi que je l'ai déjà fait observer, il est commun de voir, chez beaucoup de femmes, l'évacuation lente et prolongée, ou subite et abondante des exsudats tubaires, se faire par l'utérus à certaines périodes.

J'ajouterai enfin, qu'à cette distension supposée de la partie résistante de l'oviducte, s'ajoutent deux circonstances nouvelles réalisées par les procédés même que comporte la méthode, à savoir : le *raccourcissement de la portion intra-pariétale de la trompe*, conséquence naturelle de l'amincissement de la paroi utérine, et l'emploi de corps *absorbants* ou dialysants.

J'é mets timidement l'idée, que la nature même du corps dilateur, l'*éponge*, est favorable à l'absorption des liquides intra-tubaires, et que son influence n'est pas indifférente à l'établissement d'un courant de la trompe vers l'utérus.

L'emploi ultérieur de la glycérine concourt peut-être au même

objet, en vertu des propriétés endosmotiques qu'on lui attribue généralement.

Enfin, je ferai à peine remarquer, que si un courant liquide est capable de s'établir entre la trompe et l'utérus, il n'est pas indifférent que le contenu susceptible de mélange soit impressionné par des substances fortement antiseptiques.

Si ces données, où, faute de mieux, j'ai fait appel à l'hypothèse, ne peuvent convaincre le lecteur, il lui restera le choix entre mes explications théoriques, et l'invocation d'un pouvoir révulsif ou stimulant exercé par la dilatation utérine, analogue aux effets du vésicatoire ou de l'igni-puncture, dont ici, pas plus qu'ailleurs, les bons effets ne sont contestables. Cependant, je ferai entrer en ligne de compte, à ce sujet, un point assez important à considérer, et qui résulte de mon expérience personnelle.

Dans plusieurs cas qui figurent au nombre de mes observations, le *curage*, précédé de la dilatation extemporanée, n'a fait disparaître ni temporairement, ni définitivement les salpingites concomitantes.

Dans trois cas relatés plus loin, où le même procédé a été suivi, contrairement à mon habitude, le retour des règles ou une fatigue fortuite au bout de plusieurs jours ont été le signal d'une récurrence de salpingite mal éteinte. — On pourrait encore, à défaut de mon explication, accepter que dans ces cas, la flexion exagérée qui existait, et l'atrésie qui en résultait, n'ayant pas été modifiées suffisamment, la rétention tubaire consécutive en a été la conséquence directe.

M. TERRILLON. — Je ne veux pas discuter les résultats obtenus, mais je ne m'explique pas comment une dilatation de l'utérus peut produire une dilatation de l'orifice de la trompe ; les dispositions anatomiques du canal de la trompe qui occupe l'angle de l'utérus, et traverse une grande épaisseur de tissu, ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte en jetant les yeux sur une figure, semblent rendre toute dilatation impossible.

M. PORAK. — Je n'ai pas observé comme M. Doléris qu'on peut facilement vaincre la résistance musculaire de l'utérus, au point de dilater complètement sa cavité. Cela tient probablement à un manuel opératoire différent dans son application et dans sa durée. Je me suis servi soit de tiges associées de laminaire, soit d'éponges, soit des tampons de Vulliet. Je ne suis jamais arrivé à dis-

tendre complètement la cavité utérine, et à la transformer ainsi en un sac arrondi. La contraction utérine, d'autant plus forte qu'on s'approche davantage du fond, refoule par en bas les tentes. Il en résulte que l'utérus peut être divisé en trois parties. La partie inférieure, constituée par le col et probablement par le segment inférieur de l'utérus, forme une cavité arrondie quelquefois très considérable. Une zone intermédiaire de dimensions variables, quelquefois très courte, a l'aspect d'un canal. La zone supérieure, qui peut manquer, est ordinairement très courte et présente l'aspect biscornu habituel de l'utérus. Sous l'influence de la dilatation, le diamètre vertical de l'utérus m'a toujours paru augmenter d'une façon très sensible.

Quant à une explication matérielle, je n'en ai pas.

M. DOLÉRIIS. — Je ferai remarquer à M. Terrillon, qu'il attaque justement le côté théorique de mon procédé, celui que je ne défends pas. J'ai eu soin de le sauvegarder de la critique, en disant bien haut que c'est une hypothèse que je risque et que je ne prouve point.

Seuls, les faits sont indéniables, et tout le monde peut essayer de ma manière de faire pour les contrôler.

Toutefois, je rappellerai de nouveau que l'évacuation spontanée du contenu tubaire n'est pas rare ; qu'à la dilatation de l'utérus correspondent la distension, l'amincissement de ses parois, surtout leur assouplissement, ce dont on peut juger directement par le toucher intra-utérin ; que les trompes malades sont plus disposées à céder sous la pression d'un liquide enkysté, et que souvent on trouve leur lumière élargie dans la portion juxta-utérine (Hégar, Schauta), ainsi que je l'ai vérifié moi-même sur certaines pièces pathologiques de ma collection. Ce sont des considérations en faveur du mécanisme que j'invoque.

M. Terrillon voudrait une preuve sensible ; il demande une justification palpable de mon hypothèse ; malheureusement je ne puis les lui fournir.

Le seul moyen de le satisfaire serait d'enlever aux malades leur utérus garni de l'éponge dilatatrice, afin de saisir sur le fait l'état des parois, des orifices et du conduit tubaire. Il m'excusera si je me récuse.

Je répondrai à M. Porak que j'ai, avec lui, critiqué en partie les idées et le procédé de dilatation de M. Vulliet, en ce qui con-

cerne le maintien de la dilatation, et les manœuvres pénibles que ce procédé nécessite, surtout en ce qui a trait aux photographies du fond de l'utérus. Je ne crois pas cela pratique, ni aisé, et j'ai dit qu'on pouvait se faire illusion sur la perfection de la dilatation ainsi obtenue. Mais je suis sûr qu'avec l'épongé, et pour le but que j'en propose, à savoir la béance permanente des orifices, maintenue par le corps absorbant et dilatant l'éponge, la dilatation est obtenue égale à peu près dans toute la cavité utérine. Le toucher digital me garantit cet effet. Si une partie du fond échappe à la dilatation, je le constate aisément (voir les observations). Je puis réparer cette imperfection du procédé par une attention plus soigneuse. Je suis sûr que mes dilatations ont été bien faites.

Abaissement de l'utérus amélioré par la grossesse. M. GRESLOU : Dans son livre intitulé : Travaux d'Obstétrique et de Gynécologie, M. le professeur Pajot consacre un chapitre au traitement des déviations utérines par la grossesse.

Dans ce chapitre, se trouve la relation de trois faits : le premier, d'abaissement de l'utérus considérablement amélioré par la grossesse, avec persistance du résultat (réduction de 3 à 4 centimètres) ; le second, de latéroverson très prononcée suivie de guérison complète, et le troisième, de rétroflexion suivie de guérison temporaire, résultats également dus à la grossesse. Enfin, dans son examen critique du traité du professeur Courty, M. Pajot cite un quatrième fait, dans lequel le col de l'utérus, avant le traitement, apparaissait entre les petites lèvres, et était encore à 6 ou 7 centimètres de la vulve, quatre ans après l'accouchement.

Ayant eu l'occasion d'observer un cas d'abaissement utérin survenu à la suite d'une fausse couche, nous avons eu l'idée d'appliquer à ce cas le genre de traitement mis en relief par M. le professeur Pajot, et voici le résultat que nous avons obtenu :

Mme L.... est accouchée normalement une première fois en 1885, et s'est bien rétablie sans accidents consécutifs. En novembre 1886, elle fait une fausse-couche de deux mois et demi,

et gardé le lit pendant un mois. Peu après s'être relevée, elle éprouve de la fatigue et de la souffrance dans le bas-ventre et dans les reins, qui lui rendent très pénibles la marche et la station debout. En janvier 1887, elle se présente à moi, accusant les mêmes symptômes, et je constate par le toucher l'état suivant :

L'utérus est sain et mobile, il n'est le siège d'aucun écoulement ni sanguin ni catarrhal, et a le volume normal ; mais le doigt rencontre le col à un peu plus de 3 centimètres seulement de l'orifice vulvaire ; l'utérus est donc sensiblement abaissé. — Je conseille l'interruption de tout travail, et le repos à la chambre dans la position horizontale pendant un mois, avec l'emploi d'une ceinture hypogastrique, et le port d'un pessaire-anneau de Dumontpallier, que j'appliquai ; de plus, des injections astringentes.

La malade, au bout de ce temps, se trouva peu améliorée, et la nécessité l'exigeant, je dus lui permettre de reprendre, mais avec ménagements, son travail.

Quelque temps après, malgré l'emploi de la ceinture et de l'anneau qui continuèrent à être gardés, l'utérus était toujours au même niveau, et Mme L... qui se plaignait de souffrances continues, et était profondément découragée, ne pouvait qu'à grand'peine se livrer à ses occupations. Devant l'insuccès des moyens employés pour remédier à son état, je lui répétais, ce que je lui avais déjà dit, qu'une grossesse pourrait peut-être l'améliorer.

Au mois de juillet suivant, je revois la malade, qui se croit avec raison enceinte depuis le courant de juin ; je retire l'anneau, et fais garder la ceinture, qui devra bientôt être remplacée par une autre, appropriée au développement du ventre. La grossesse évolue normalement, et se termine à terme le 17 mars 1888, par la naissance en état de mort apparente d'un gros garçon, que je parvins à ranimer. Suites de couches normales ; allaitement ; séjour prolongé au lit. Cinq semaines environ après l'accouchement, des injections astringentes avec Vin de Roussillon, roses de Provins et tanin, furent pratiquées matin et soir, et continuées pendant un mois.

Le 15 mai, la malade ne s'est pas encore levée ; le toucher vaginal dans le décubitus dorsal, trouve le col à la hauteur

normale (7 centimètres). et l'utérus en très légère rétroversion. Les injections à la feuille de noyer et au tanin devront remplacer les premières.

Le 9 juin, c'est-à-dire, *douze semaines* après l'accouchement, Mme L... commence à se lever peu à peu. Je la vois huit jours après, le 16 juin, et constate par le toucher dans la position verticale, que l'utérus est distant de l'orifice vaginal de 5 centimètres, moins élevé, par conséquent, que dans le décubitus dorsal, mais il se trouve à 2 centimètres plus haut qu'avant la grossesse. L'utérus sans être en rétroversion est cependant moins incliné en avant qu'à l'état normal. La malade, qui reporte une ceinture hypogastrique depuis qu'elle se lève accuse une légère fatigue dans le bas-ventre, mais pas plus levée que couchée. — Continuation des injections, le soir seulement.

Le 12 octobre, Mme L... va bien, elle sort depuis quelque temps déjà, et peut vaquer, sans souffrir, aux soins de son ménage ; elle ne ressent qu'une très légère fatigue, et dit que son état n'est pas comparable à ce qu'il était avant sa grossesse. Le toucher pratiqué ce jour, dans la station debout, trouve l'utérus dans l'axe du bassin, le corps n'est pas senti en arrière par le doigt, et le col est, comme quatre mois auparavant, à 5 centimètres de l'orifice vaginal. — Le port de la ceinture doit être continué, bien entendu, ainsi que l'usage d'une injection quotidienne pendant longtemps encore, et toute cause de fatigue doit être rigoureusement évitée.

Deux centimètres restent donc gagnés quatre mois après le début du lever, et sept mois après l'accouchement ; les souffrances ont disparu, et Mme L... est satisfaite de son état. — Nous ne l'avons pas revue depuis, mais nous avons eu de ses nouvelles le 2 janvier dernier, et avons appris qu'elle allait bien.

Cette amélioration sera-t-elle définitive ou temporaire ? l'avenir nous le dira. Quoi qu'il en soit, cette observation, sans présenter un résultat aussi prononcé que quelques-uns des faits cités par M. Pajot, nous a paru pouvoir se joindre à ces derniers, pour contribuer avec eux à appeler l'attention sur ce mode efficace de traitement des déviations utérines chez les femmes jeunes encore, et dans lequel le point essentiel est le séjour prolongé au lit après l'accouchement.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 14 Février 1889.

Présidence de M. le Dr POLAILLON.

SOMMAIRE. — Lecture du procès-verbal de la séance précédente. — La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. TERRILLON, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance; une lettre de candidature du Dr SABAIL; une lettre de candidature au titre de membre correspondant du Dr ROUVIER, de Beyrouth. — La correspondance imprimée comprend: *Annales d'orthopédie*, 4 n^{os}; *La Revue des maladies des femmes*, du Dr CHÉRON, année 1888; *Les Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie*, année 1888. — *Ordre du jour*: M. PAJOT: Dernière réponse à propos du curettage de l'utérus. — M. PORAK: A propos d'un cas de rupture prématurée des membranes. — M. RICHELOT: Présentation d'un monstre. — M. DOLÉRIS: Dépôt de planches originales.

M. PAJOT. — **Dernière réponse à propos du curettage de l'utérus.** — Je vais répondre une dernière fois à l'éditeur de la *curette*. Je citerai, le texte à la main, pour qu'on ne me soupçonne pas de fantaisie ou d'invraisemblance.

Le défenseur du *curage*, dans tous les cas d'endométrites, débute ainsi:

« Le commentaire de M. Pajot touchant ma précédente note n'a qu'une portée limitée, car il vise bien plus de prétendus défauts de ma dissertation que le fond utile de la question entamée de nouveau. »

Dès le début, presque autant d'erreurs que de lignes. Si l'on veut justifier une pratique nouvelle, comment le pourrait-on sans en indiquer l'utilité, l'innocuité, par des raisonnements et des arguments. Il n'y a pas de pratique sans théories bonnes ou

mauvaises. Or, faire voir que les raisonnements sont erronés, les assertions fausses, contradictoires, les arguments insoutenables, c'est, à la fois, démontrer l'inanité des théories et les erreurs de la pratique. Parler ou écrire, on n'a pas encore trouvé pour cela d'autres moyens, et ce que mon contradicteur appelle « *sa dissertation* » n'a pas d'autre but que de montrer sa pratique bonne, par ses arguments excellents ; donc en détruisant ses arguments, on ruine sa pratique. D'ailleurs comment aurais-je pu « *viser le fond utile* », puisqu'il n'y en a pas.

On lit ensuite :

« M. Pajot a trouvé dans cette note un tel amas de contradictions, d'exagérations, d'omissions, qu'il est difficile de comprendre comment il a pu se décider à lui faire les honneurs d'une protestation d'abord et d'une longue réponse ensuite. »

Cette dernière réponse serait difficile à comprendre en effet, s'il n'existait pas des gens allant se vanter partout qu'ils ont confondu, écrasé leur adversaire, parce qu'il a gardé le silence. Ces gens-là prennent aisément les dédains pour des victoires. Sans cela, le bon sens public suffirait.

Il est donc indispensable de leur mettre le nez dans leur dialectique étonnante et d'essayer de leur faire comprendre l'imprudence de leurs affirmations démenties par des preuves irrécusables, et l'insanité des raisonnements qu'ils contredisent eux-mêmes à chaque instant. Voilà pourquoi j'ai répondu et je réponds une dernière fois.

Ainsi, dans sa note la plus récente, notre confrère n'avait pas écrit dix lignes qu'il se préparait déjà à se contredire.

Il dit, page 294 :

« Il me serait aisé de relever les critiques de M. Pajot, EN DÉTAIL. »
« Je pense que cela n'est pas indispensable. »

A la page suivante :

« Pour qu'il n'y ait aucun doute sur le sens de mes paroles, RÉPONDANT A CHAQUE REMARQUE de M. Pajot je persiste sans crainte de me contredire. »

Ainsi, mon confrère « *ne relèvera pas mes critiques en détail, mais « il répondra à chaque remarque* ».

De ces deux assertions contradictoires, nécessairement une seule est *vraie*.

On verra que c'est la première.

Mon adversaire a choisi les contradictions qu'il croyait pouvoir défendre (et nous verrons comment). Il a soigneusement caché celles d'une évidence indéniable. Pour celles-ci, il pense « *que les détails ne sont pas indispensables* ».

Réponse commode et s'appliquant à tout.

Par exemple, je lui ai fait remarquer qu'il avait mis « *le plus grand nombre* des gynécologistes » avec moi, et que deux pages plus loin, il affirmait « *le plus grand nombre* » avec lui. Pas un mot de réfutation.

Dans un autre passage « *il voit des inconvénients et des dangers dans la cautérisation* ».

Dix lignes plus loin : le *ramonage* de l'utérus « *assure le succès de la cautérisation* ». Silence absolu sur ce point.

Je ne sais si je me trompe, mais il me semble que les inconvénients et les dangers du caustique doivent être plus grands encore sur un utérus écorché vif.

Pour notre confrère, le fait de *onze* cas d'avortements par la *curette* n'est « *pas nouveau du tout* ». C'est alors qu'il en a produit déjà, ou qu'il en a vu produire. Si ces deux hypothèses sont inexactes, les faits que je lui ai appris sont donc *nouveaux* pour lui. Il ne s'agit pas ici de l'*hystéromètre*, il s'agit de la *curette*. Donc, ces accidents, du *curage*, il ne les connaissait pas. Je dirai comme lui. Je veux bien le croire. Donc encore, ils étaient *nouveaux*, ou nous ne parlons pas la même langue. Je ne m'en plaindrais pas.

Page 294 :

« Pour le reste de la critique, je vois bien que M. Pajot a pris ça et là des bouts de phrases de ma réponse, qu'il les oppose les uns aux autres, s'efforce de mettre ma logique en défaut et de faire de l'esprit sur un sujet qui s'y prête difficilement. »

Ce ne sont pas des bouts de phrases, ce sont des propositions entières qui se contredisent. Je le prouverai encore tout à l'heure. Quant à « *m'efforcer de mettre sa logique en défaut* », il n'est pas nécessaire de *s'efforcer*. Il suffit de lire.

Pour ce qui est de « *sa logique* », j'ai l'habitude de ne pas parler des absents, à moins d'y être contraint.

Enfin, notre confrère me reproche « *de faire de l'esprit sur un sujet qui s'y prête difficilement* ».

Il y a toujours quelque naïveté à proclamer des vérités évidentes par elles-mêmes.

Il suffit, ce me semble, de parcourir les réponses de mon contradicteur, pour être convaincu que le sujet ne comporte pas d'esprit.

D'ailleurs, si par hasard, j'avais essayé de faire de l'esprit, c'était vouloir clôturer la discussion.

Tout le monde le sait ici : la *curette* ne m'aurait pas suivi dans cette voie là.

J'arrive aux points capitaux de cette discussion, à la question scientifique.

Page 395 :

« Pour qu'il n'y ait aucun doute sur le sens de mes paroles, répondant à chaque remarque de M. Pajot. »

On a vu comment ceci est exact quand j'ai cité les contradictions « *sur le plus grand nombre* » et *sur les dangers de la cautérisation rendue inoffensive par le ramonage de l'utérus*.

Comme ces contradictions sont irréfutables, l'héritier de Récamier a préféré les passer sous silence.

Il dit plus loin :

« Je persiste, *sans crainte de me contredire* : 1° A ne point accorder une égale valeur, au dire des malades, suivant qu'il s'agit du « résultat positif ou du résultat négatif du traitement qu'elles ont subi ; le premier ne se conteste pas, le second peut s'interpréter de « différentes façons. »

J'avais montré la contradiction entre ces deux propositions, l'une :

« ... le verdict (sur le traitement des endométrites) appartient désormais au jury qui est composé du grand public des médecins et des MALADES. Ceux-là sont les vrais juges et leur jugement n'est pas « suspect de partialité. »

Voici une première proposition. Ce ne sont pas des bouts de phrases. C'est une affirmation très claire.

« Le grand public des médecins et des MALADES »,

Trois pages plus loin :

• Mais outre que ces procédés sont sans valeur, parce qu'ils obligent à se fier à des affirmations de la malade, souvent peu au fait « de la nature de son mal et du traitement qu'elle a subi. »

Par cet aveu raisonnable, se sentant pris entre une erreur et une contradiction :

L'erreur, acceptation du jury des malades ;

La *contradiction*, malades peu au fait du mal et du traitement.

Notre confrère croit aujourd'hui s'en tirer en abandonnant la moitié de son erreur. Ce n'est plus le jury de *toutes* les malades qu'il accepte, c'est seulement le jury des malades *guéries*.

Je regrette d'être obligé de le dire, la proposition ainsi partagée est tout aussi erronée que la première.

Comment un médecin doué de la moindre sagacité, possédant un peu de discernement et la plus vulgaire expérience ne s'aperçoit-il pas qu'il justifie les guérisons obtenues par les pèlerinages, les empiriques, les rebouteurs, les ignorants et les charlatans de toutes catégories.

Est-ce qu'il n'y a pas de nombreuses guérisons *par, pendant ou malgré* le traitement de ces braves gens.

Qu'un homme étranger à la médecine, quelque distingué qu'il soit d'ailleurs, émette cette opinion : *du moment où la guérison est obtenue, les remèdes et le médecin sont excellents* ; d'un homme du monde, passe encore. Cela justifie ce que j'ai répété maintes fois dans mes leçons. « Voulez-vous faire dire des sottises à un homme d'esprit, faites-le parler médecine pendant cinq minutes. » Cela n'implique pas, notre confrère le sait bien, qu'un médecin, même sans esprit, ne puisse en dire, lui aussi.

Mais ce n'est pas *tout* que guérir.

Il faut guérir en exposant les malades au minimum des risques et des dangers. Et comment l'ignorant, le médocaste ou le malade pourraient-ils prévoir et prévenir des dangers qu'ils ignorent.

Il y a quarante ans (à cette date, je faisais, comme tous les jeunes médecins, de la médecine, de la chirurgie et des accouchements. J'allais chez tous les gens qui m'honoraient de leur confiance, et ils n'étaient pas nombreux).

Je fus appelé dans une famille pour une nourrice qui s'était luxée le maxillaire inférieur, en bâillant. Au moment où j'arrivais, la mâchoire était en place. Le frotteur de la maison, un gascon (il y a de ces gens-là ne doutant de rien) avait guéri la nourrice, en lui appliquant un formidable coup de poing sous le menton. La malade était enchantée de son chirurgien.

A peu près dans le même temps, un médecin de province est demandé par une femme en travail, déjà accouchée heureusement plusieurs fois. Le praticien reconnaît une présentation de l'épaule, les membranes venaient de se rompre. Sans hésiter, il fait l'opération césarienne, extrait un enfant *vivant*, la femme *guérit* et l'opérateur adresse son observation aux Sociétés savantes de Paris !

Prenez donc cette femme-là, comme membre de votre grand Jury !

Je ne finirais pas si je vous citais toutes mes preuves. Quel est celui de nous qui ne pourrait raconter des faits analogues ?

Non. Guérir n'est pas *tout*. Les malades *guéries*, pas plus que les autres, ne sont capables de porter un jugement sur leur traitement et leur médecin.

Donc notre confrère a parlé comme un homme d'esprit. Pour une fois !

On lit plus loin, page 295 :

2^o..... « L'opinion contraire d'un homme ne prouve pas que le courant ne soit favorable au curage et que l'accord ne soit fait dans l'enseignement et dans les livres ».

Il faut constater ici qu'il y a de la rémission, le pouls et la température ont beaucoup baissé.

La *curette* disait il y a six mois :

« L'accord est fait dans toutes les Sociétés gynécologiques du MONDE. »

Aujourd'hui, l'accord n'est plus qu'un *courant*. Il faudra une forte crue à ce *courant*-là pour redevenir un *accord*, si j'en juge par le compte rendu d'une des Sociétés gynécologiques les plus importantes de l'Europe.

« L'un des membres pense :

« Qu'il n'existe pas, à l'heure actuelle, un moyen meilleur de guérir

« le catarrhe chronique de la matrice que la cautérisation avec le chlorure de zinc. »

Et pas une réfutation, pas une protestation ne se produit dans la Société (1).

Dans une société gynécologique américaine, un membre vient de proposer le lavage antiseptique de l'utérus et le pansement à l'iodoforme, pour la cure de l'*endométrite*. Pas de réfutations, pas de protestations. On voit comment l'*accord* sur la *curette* règne dans toutes les sociétés gynécologiques du MONDE. Tout à l'heure, je qualifiais d'imprudentes de pareilles affirmations. Après ces preuves, *imprudentes* paraîtra faible. Cet adjectif pourrait être privé d'R.

Ah ! je comprends votre *courant* succédant à l'*accord* dans toutes les sociétés du MONDE !

Néanmoins, l'auteur ne pouvait pas laisser passer l'occasion d'une contradiction, il l'a saisie.

Mon adversaire ne constate plus qu'un « *courant favorable* », mais il continue à affirmer « *l'accord dans l'enseignement et dans les livres* », la plus grosse des contradictions, car avant les livres et l'enseignement, il faut que l'accord soit dans les esprits ; or, puisqu'il n'existe pas aujourd'hui, et je viens d'en donner les preuves, le courant devra se changer en torrent pour entraîner toutes les convictions, et l'éditeur de la *curette* à la gloire ou à la mer.

Le curage ajoute :

« 1° Je persiste à vanter le curage, là où la nature et les procédés plus légers ont échoué (que M. Pajot se donne la peine de relire « mon premier mémoire) ; 2° à le considérer comme un procédé d'exploration précieux, témoin l'observation que nous a lu M. Guérin. »

Vanter le curage, là où, comme l'écrit l'auteur, « la nature et les procédés plus légers ont échoué ».

L'*endométrite*, guérie par la nature, dénote une profonde ignorance de la marche de cette maladie. Si notre confrère avait seulement suivi cette affection pendant une vingtaine d'années chez des femmes qui ne se traitent pas ou se traitent mal, il sau-

(1) Société obstétricale et gynécologique de Berlin.

rait que pendant la vie génitale de la femme, *l'endométrite* ne guérit à peu près jamais spontanément ; je dis à peu près, bien que je n'aie pas vu un seul exemple de guérison par la nature ; mais à l'encontre de mon adversaire, je ne crois pas avoir tout vu, bien que je fasse de la gynécologie depuis presque aussi longtemps que lui.

Après la ménopause, oui, la nature guérit souvent *l'endométrite*, j'en connais d'assez nombreux exemples, il est superflu d'en exposer les raisons devant des médecins. Quant à « *relire son mémoire* », c'est assez d'une fois, à moins d'y être condamné par les tribunaux !

« Où la nature et les procédés plus légers ont échoué. »

Après avoir vu ce que vaut « *la nature* », tout le monde considérera « *les procédés plus légers* » comme réservés naturellement aux cas les plus légers ; or, voici ce qu'on lit dans le Bulletin de juin dernier :

« Bien que convaincu des bons effets de l'écouvillonnage, dans les « *cas légers* », je ne l'emploie plus guère que comme complément de la « *curette*. »

Malgré la contradiction contenue dans ces trois lignes, on comprend que cela veut dire : je l'emploie dans *tous* les cas, car si j'en fais usage dans les *cas légers*, il est indubitable que je m'en sers dans les cas graves. Qu'entend l'auteur par les procédés « *plus légers* » ? L'azotate d'argent, le chlorure de zinc, etc., sont-ils des *procédés plus légers* ?

« *Comme précieux moyen de diagnostic.* » Est-ce qu'on a attendu la résurrection de la curette pour enlever des parcelles de tissus malades dans le but d'un examen histologique ?

Qu'on se serve alors de la curette, je n'y contredis pas, mais plusieurs instruments peuvent la remplacer, et avant elle, ont fourni les éléments du diagnostic.

4° « Je persiste... à douter de la capacité de beaucoup de médecins en matière de diagnostic et de leur parfaite entente en matière d'antisepsie. Je préfère mon antisepsie, qui est connue, à celle de M. Pajot, qui n'en parle pas mais que je connais. »

L'admirateur de la curette affirme « *qu'il doute de la capacité de beaucoup de médecins* ».

Après avoir vu un homme à l'œuvre, qu'on le considère comme au-dessous de sa profession, cela peut arriver. Mais, quelque haute opinion qu'on puisse avoir de soi-même, personne n'est autorisé à décréter l'insuffisance et l'incapacité de *beaucoup* de nos confrères.

Il affirme encore « *que son antiseptie est connue* ». Il n'a pas osé ajouter, par retenue, de tous les praticiens du MONDE. On lui en saura gré.

Des milliers de médecins accueilleront cette toute récente nouvelle avec surprise.

Et « *il la préfère à celle de M. Pajot, qui n'en parle pas, mais qu'il connaît* ».

M. Pajot n'avait pas besoin d'en parler, puisque l'illustre gynécologue « *qui doute de la capacité de beaucoup de médecins* » avait daigné en parler, lui-même, en ces termes : « *Avec le professeur Pajot sont entrées dans le service de la Clinique d'accouchements de la Faculté deux innovations, deux réformes qui à elles seules constituent déjà deux titres à la reconnaissance de chacun ; ce sont la pratique RIGOUREUSE de l'antiseptie, sauvegarde des accouchées et.....* » (*Gazette des hôpitaux*. Mardi 21 décembre 1886).

Si l'on récitait tout l'alinéa que je viens de réfuter, sans montrer le texte, on n'y croirait pas. La seule explication serait celle-ci :

Des Pyrénées à la Garonne, de la Garonne à Tarascon, se rencontre une plante vivace assez commune dans ces contrées, elle est le plus souvent de dimensions moyennes. On en trouve aussi, de temps en temps, de taille colossale. On la nomme *la Jactance*. Maintenant mes confrères la reconnaîtront.

Page, 295 :

« Je constate que M. Pajot se trompe sur certains points de la « question du curage malgré les précédentes discussions qui auraient dû l'instruire, si j'en juge surtout par ses rappels historiques erronés et la confusion qu'il apporte dans ses citations. Je crois sur tout qu'il a puisé ses documents à des sources incertaines. »

Il fallait dire sur quels points je me trompais, autrement l'accusation ne signifie rien. Quant à « *m'instruire* », certes, j'en aurai besoin jusqu'à la fin de ma vie, mais j'entends choisir mon

professeur. Il faut, avant tout, qu'il ait le sens droit et pas d'in-fatuation. Pour les « *rappels historiques* », on a vu notre confrère balbutiant, ne trouvant ni ses mots, ni ses notes, forcé de s'arrêter dans son discours, au point de se faire interpellé par notre Président. Est-ce vrai ?

Nous arrivons à une partie de la réponse tout à fait extraordinaire.

Une idée me poursuivait depuis le commencement de cette discussion. En prenant connaissance des deux paragraphes que je vais lire, cette idée a pris un corps, une forme tout à fait distincte. Les alinéas suivants dissipèrent tous mes doutes.

J'étais en présence d'une maladie non décrite.

Nous connaissons tous l'affection désignée sous le nom de *délire des persécutions*; je constatais, dans cette discussion, l'existence d'une maladie mentale toute voisine, qu'on peut appeler *le délire des contradictions*.

Ce trouble cérébral est caractérisé par l'impossibilité, où se trouve le malade, d'écrire deux pages, parfois deux lignes, sans contredire dans les secondes, les opinions exprimées dans les premières. Peu grave pour la vie, cette maladie, quand elle se manifeste chez un médecin, devient très dangereuse..... pour ses malades.

On va voir, par les citations suivantes, à quel degré d'acuité elle peut atteindre :

On trouve dans un des bulletins de la Société, je cite, non pas un bout de phrase, mais la proposition même :

« J'use pour tous LES CAS, de la curette tranchante. »

C'est bien net. Et pour qu'il ne reste pas de doute.

« Bien que convaincu des bons effets de l'écouvillonnage DANS LES « CAS LÉGERS, je ne l'emploie guère plus que comme complément de « la curette ».

J'ai indiqué cette fin tout à l'heure.

Voici maintenant ce qu'on lit dans le dernier Bulletin, *toujours sans crainte de se contredire*.

« Je persiste à croire qu'il n'y a rien d'extraordinaire à préférer « NON LA CURETTE POUR TOUS LES CAS, comme M. Pajot me le fait dire, « par inadvertance sans doute, mais la curette tranchante toujours,

« comme on préfère un instrument à un autre, comme M. Pajot « préfère son forceps à tout autre. »

Tout commentaire affaiblirait la comparaison de ces deux textes.

Quand on a lu cela, on se tâte, on s'interroge. Est-il possible que la même tête ait pensé, que la même main ait écrit ces deux propositions contraires ? On se demande si c'est un défi porté au bon sens du lecteur, ou une inconscience maladroite, désarmant toute critique.

Et « *Me le fait dire par inadvertance* », c'est un chef-d'œuvre !

Ma dernière supposition, de l'existence d'un trouble mental prend de la force, quand on constate la grossière équivoque, inaperçue de l'auteur ; « *comme M. Pajot préfère son forceps* », mais M. Pajot n'applique pas son forceps *dans tous les cas d'accouchements*, comme vous appliquez votre curette « *dans tous les cas d'endométrites, MÊME LÉGÈRES* ». C'est écrit.

« J'use pour tous les cas même légers, de la curette tranchante. Je « préfère, non la curette pour tous les cas, mais la curette tran-
« chante toujours. »

Cette preuve est concluante. Il y a là un état mental particulier.

M. *Dolériss*.— Il y a aussi une curette *mousse*.— J'insiste sur mes préférences pour la curette tranchante. M. Pajot n'aurait-il pas compris ?

« Je reste convaincu qu'il y a une autre façon de discuter que celle
« de M. Pajot. »

Je reste convaincu moi aussi qu'il y a une autre façon de discuter que celle de mon contradicteur.

On peut discuter autrement qu'en accumulant les assertions démontrées fausses, les arguments insoutenables, les contradictions, je ne dis plus énormes, je dis monstrueuses, à chaque page. On ne réussit de la sorte à convaincre personne. L'unique résultat est de fournir la mesure exacte de son intelligence.

« Sans vouloir lui donner de leçon (ce qui n'est pas mon affaire). »

Le prôneur de la *curette* convient enfin « *que ce n'est pas son affaire* » ; le style sent le faubourg, la pensée est bonne. Il recon-

naît qu'il s'est fourvoyé. Mieux vaut tard que jamais. C'est le premier aveu de ce genre qu'on lui arrache, en assez mauvais termes, il est vrai. « *Ce n'est pas mon affaire* » ne peut guère passer pour une fleur de littérature. On écrit comme on raisonne.

« En blâmant ce que M. Pajot appelle son langage extra-scientifique. »

Ceci est une erreur ou, pour me servir d'un terme parlementaire, une contre-vérité (je pourrais dire davantage) ; M. Pajot n'a jamais parlé de son langage *extra-scientifique*. La *curette*, la première, a introduit ce mot dans la discussion et elle va le répéter encore tout à l'heure.

Page 296 :

« Je me suis borné à constater (ce qui est mon droit) qu'on en agit autrement, en général, dans les sociétés savantes et que ses discours ne comportaient pas la courtoisie et l'aménité qu'il est permis d'attendre d'un contradicteur, fût-il un maître. »

Un médecin publie un article dans lequel la cautérisation, pour le traitement de l'*Endométrite*, pratiquée par tous les grands chirurgiens et leurs élèves, est signalée comme une erreur, l'emploi de la curette de Récamier comme une vérité « FLAGRANTE ET ÉCLATANTE ».

Cette opinion, évidemment, veut dire, les médecins qui traitent par les caustiques sont de purs imbéciles, puisqu'ils ne voient pas une vérité aussi « *flagrante et éclatante* ».

Notre confrère (qui n'était pas nommé) se déclare solidaire de cette nouvelle doctrine. Mais je ne vous ai pas nommé, me dit-il un jour. Ni moi, non plus, lui répondis-je.

J'ai pris pour moi et ceux qui font comme moi, ce que notre confrère a écrit ou fait écrire. Il a pris pour lui ma réponse. Nous nous sommes nommés plus tard. Franchement où est-elle, chez lui, cette courtoisie et cette aménité dont il reproche l'absence aux autres ?

Voici une lettre que j'ai reçue d'un de nos collègues de la Société... sans la lui demander : « Je suis indigné, et je ne suis pas le seul de l'attitude qu'il a prise à votre égard.... »

On le voit, sa courtoisie et son aménité ont déjà concilié des sympathies à mon aimable adversaire.

M. Doléris. — La signature.

M. Pajot. — Je n'ai pas à vous la dire, mais je soumettrai la lettre au bureau au besoin.

M. Doléris. — Ou cette lettre est confidentielle et vous n'en devez pas parler, ou elle est destinée à la publicité et vous devez au public le nom du signataire.

Voici un passage tout à fait digne d'attention :

« Pour me prouver qu'il entend le langage scientifique, M. Pajot m'a jeté à la tête ses succès oratoires ; ayant été de ses auditeurs, je reste convaincu que le langage extra-scientifique n'était pas étranger à ces succès. »

D'abord, je n'ai jamais prononcé les mots de *succès oratoires*, je laisse cette façon de parler aux émules de M. Prudhomme. Mes *succès oratoires* (c'est son langage) ne lui ont jamais « été jetés à la tête », malheureusement pour lui, il en serait peut-être entré quelque chose dedans. Cela ne lui aurait pas été nuisible. J'ai cherché à lui faire comprendre, sans espoir d'y parvenir, le ridicule dont se couvre un jeune homme, en affichant la prétention de donner des leçons de langage scientifique et de déontologie, à un vieux professeur qui a fait ses preuves pendant plus de quarante ans, quand celles du jeune homme sont encore toutes à faire, au point de vue du professorat.

Car j'y pense, moi aussi, j'ai assisté à ses « *succès oratoires* » (cela me gagne). J'étais un des Membres du Jury, quand il concourut pour l'Agrégation. Nous avons entendu couler de sa bouche le plus pur langage scientifique.

Eh bien, les juges n'ont pas été fascinés, pas même séduits. Il a dû s'en apercevoir. Et pourtant, ce n'était pas un succès, mais un tel triomphe, qu'il en devenait inadmissible.

C'est qu'à Paris, pour être un professeur écouté et suivi, il faut être clair, méthodique, précis, concis et pas trop ennuyeux, car à quoi me serviraient, même les bonnes choses, dites par mon maître, si je dors.

On doit aussi se corriger soigneusement de tout accent exotique. Gardez-vous, par exemple, de prononcer *Kâcher* comme *carotte* et *Kâresser* comme *carrossier*. Il faut dire *cacher* et *caresser*, comme dans ces phrases : « Désormais, je cacherai mieux mes prétentions exagérées, » ou bien : « Je caresse l'es-

poir d'avoir un jour de la logique. » Voilà comment il convient de prononcer à Paris, si l'on ne veut pas risquer de paraître grotesque. Mon contradicteur m'a gracieusement offert une leçon de langage scientifique, je lui rends une leçon de prononciation française. Nous sommes quittes

Mais on ne sera point, à Paris, un professeur écouté, suivi, si l'on est verbeux, diffus, confus, et quelque loquacité qu'on possède, on ne sera jamais qu'un faiseur de dissertations opiacées ; tout au plus, pourra-t-on être rangé parmi les orateurs parlant facilement.... mal. Et pour peu que l'on pense de travers, on parviendra à réunir vingt auditeurs dans un amphithéâtre qui en contiendrait douze cents. Alors, tous ces maîtres sans élèves, toutes ces médiocrités, naturellement envieuses, chercheront des prétextes pour expliquer les grands auditoires des autres. Il en est qui diront : C'est un langage extra-scientifique. Pauvres gens ! Les suffrages de dix générations médicales valent mieux que les vôtres !

Quant à l'appréciation de cet ancien aide sur mon enseignement, on verra, par le document très authentique, remis à mes Collègues dans un instant, ce que l'*Editeur de la curette* pensait du Professeur, il n'y a pas longtemps encore. Cette pièce donnera, à la Société de gynécologie, une juste idée de la fixité, de l'inébranlable solidité et de la valeur des convictions de notre confrère. Après l'avoir lue, on pourra désigner, d'avance, le rang qu'il occupera parmi les hommes haut placés dans l'estime publique, par l'immutabilité (ne pas me faire dire l'amabilité) de leurs opinions.

On trouvera, là, un bel exemple de ce qu'on appelle, dans un autre milieu, *les opinions successives*.

Page 295 :

« J'ai cédé à l'obligation d'opposer des réponses *formelles* à des appréciations qui m'ont paru mal fondées. »

On vient de voir combien ces réponses sont *formelles*. Disant blanc, disant noir, disant faux, ou ne disant rien quand la contradiction ne peut pas être niée.

A propos de l'*hystéromètre*, le bulletin a dénaturé mes paroles ; les voici : quant à l'*hystéromètre*, je suis de l'avis de M. Guérin. On peut l'employer dans les maladies graves, quand on

soupçonne une tumeur quelconque, etc., mais pour le catarrhe commun, simple, en vérité, c'est bien inutile. Mon contradicteur répond :

« Si on se trouve en présence d'un catarrhe simple de l'utérus, l'hystéromètre est évidemment inutile. Mais êtes-vous sûr que vous n'avez affaire qu'à un catarrhe simple... Derrière le catarrhe peut se cacher le fibrôme, le polype, le cancer, une déviation, etc. »

Si dans le catarrhe simple, l'hystéromètre est inutile, la curette l'est bien davantage. Combien donc, sur cent cas d'endométrite, pris au hasard, s'en trouvera-t-il de graves ?

Si je m'en fais à ma seule expérience personnelle (ce que je ne fais jamais) je répondrais : deux ou trois.

Il convient de toujours accorder beaucoup à ses adversaires, j'en accepte dix, chiffre certainement très exagéré.

Il s'en suit que l'hystéromètre et la curette sont inutiles dans quatre-vingt-dix cas sur cent d'endométrites, ce qui me paraît la vérité, à peu de chose près, et encore, sur ces dix cas, sept à huit pourraient être guéris par les caustiques énergiques, sans amener l'utérus à la vulve. Il resterait, par conséquent, deux à trois cas dans lesquels l'abrasion de la muqueuse serait indiquée.

Voilà ce que je n'ai cessé de soutenir.

Mais, nous dit-on, s'il y avait derrière un fibrôme, une déviation, etc.

Que font-ils donc du toucher vaginal et rectal (ceux qui ne le « pratiquent pas du bout du doigt ») et du palper bimanuel et du chloroforme et de l'examen des symptômes ; je le demande, que fait donc notre confrère de tous ces moyens de diagnostic dont il est le seul possesseur, s'il ne parvient pas, lui qui les manie comme personne, à soupçonner une complication derrière la maladie apparente. Quand ce soupçon est entré dans l'esprit, alors, mais seulement alors, l'emploi de la sonde est légitime. Je me sers d'une tige flexible parce que, voulût-on perforer la matrice, on ne le pourrait pas.

Page 297 :

« Quant aux chirurgiens qui produisent l'avortement ou des perforations avec l'hystéromètre, (il aurait pu ajouter : et la curette) C'EST QU'ILS NE SAVENT PAS LEUR MÉTIER. »

VELPEAU a ponctionné un utérus gravide de huit mois.

CRUVEILHIER, moi présent, a ouvert un abcès du fond du vagin ; il en est sorti de l'eau et un embryon de 3 à 4 mois.

P. DUBOIS a rompu, deux fois en vingt ans, l'utérus dans des versions.

Un chirurgien aussi éminent qu'excellent professeur, dans le plus grand hôpital de Paris, a ouvert l'utérus en enlevant un polype avec l'écraseur, la chaîne ayant été placée trop loin sur le pédicule.

GAILLARD THOMAS avoue, avec cette loyauté des gens d'intelligence et de talent, qu'il a produit deux avortements avec l'hystéromètre.

Notre président, avec une bonne foi qui l'honore, nous rapportait tout récemment l'histoire d'une femme morte pendant une opération. Pareil accident est arrivé à Dupuytren. Je ne finirais pas de citer.

Quels sont tous ces bons hommes ?

Des gens « *qui ne savaient pas leur métier* ».

Mais quel est le grand maître qui parle ainsi ?

Est-ce DESAULT, les DUBOIS, DUPUYTREN, VELPEAU, NÉLATON ?

Non. C'est un jeune docteur, presque inconnu, qui porte encore de la poussière des bancs, dans la région sacrée. Il était mon assistant vers 1885. Est-il assez jugé ? Comment répondrais-je à cela ? La parole ou la plume sont inutiles. Les épaules suffisent !

Même page :

« Toute opération chirurgicale ou obstétricale, si simple qu'elle soit, comporte ses dangers. »

En entendant ce langage, on respire. Voilà la première parole sensée, raisonnable, rencontrée dans cette réponse. On ne reconnaît plus l'auteur. Quand on lit cette pensée intelligente et juste, on se dit : si cela dure, il est impossible que ça continue.

En effet, l'écrivain retombe tout de suite, dans sa manière habituelle, en ajoutant :

« Si on la suppose exécutée par un ignorant ou un maladroit. »

Ce qui signifie clairement : Vous savez, elle ne comportera pas de dangers, si c'est moi qui suis l'opérateur.

Eh bien, il faut l'apprendre à ce cher confrère, tous nos collègues, ici, connaissent son prodigieux savoir, sa merveilleuse adresse et même son excessive modestie, et l'opération, très simple, aura ses dangers, quand même, moindres sans doute, avec un chirurgien habile, mais, elle aura ses dangers.

Il ignore donc, malgré sa science incomparable, le mot de Velpeau dont l'expérience, à coup sûr, n'atteignait pas tout à fait la sienne : *la plus petite blessure est une porte ouverte à la mort*. Nous ne sommes tous, il est vrai, que de vulgaires gynécologistes et il est lui un génie.... un grand gynécologue..... Elle aura ses dangers tout de même.

Nous venons d'assister à l'un des épi-phénomènes *du délire des contradictions*. Ces deux paragraphes « *ne savent pas leur métier* » et « *maladroit ou ignorant* » constituent un véritable accès de suffisance aiguë très caractérisé. Ce n'est pas grave, car l'accès est curable avec une forte infusion de bon sens et de modestie, mais le sujet doit s'abstenir de toutes prétentions. Malheureusement, ces malades refusent ordinairement le remède, sous le prétexte qu'il leur est inconnu.

Avant d'aborder la dernière phrase de mon adversaire, et certes la plus drôlatique de toutes, qu'on me permette de résumer les débats.

Quelle innovation la science doit-elle au résurrecteur de la curette ?

A-t-il inventé l'abrasion des muqueuses ?

On la connaissait avant qu'il fût né.

L'invention de la *curette* lui appartient-elle ?

Cet instrument a été imaginé par Récamier, d'excentrique mémoire. La *curette* a été abandonnée par tous les grands maîtres.

Quelle découverte utile revient donc à notre confrère ?

Aucune.

Il a tenté de transformer une exception en règle générale. Ce qui pouvait être bon pour quelques cas particuliers, il a voulu l'appliquer à tous les cas, sans tenir aucun compte des formes, des degrés de la maladie et de l'état général.

A des moyens simples, approuvés et expérimentés des milliers de fois par la majorité des médecins, il a voulu substituer des procédés compliqués qui peuvent être dangereux, et qu'on

avait réservés jusqu'ici pour les *endométrites* compliquées et dangereuses elles-mêmes, cas qui se présentent assez rarement.

De mon côté, quelle thèse m'a-t-on entendu soutenir ?

J'ai défendu la pratique suivie par tous les maîtres de l'art, hommes d'intelligence, de savoir et d'expérience incontestés, j'ai défendu leurs doctrines contre un jeune homme sans notoriété, sans autorité, sans expérience, d'une logique et d'une dialectique dont la discussion actuelle a fourni des échantillons, je dirai comme lui « *éclatants* ».

J'ai soutenu l'utilité et l'innocuité plus grande des caustiques, à des degrés d'énergie divers, selon les formes et la gravité de l'affection, en laissant le choix entre le cautère et l'abrasion, dans les cas graves et rares.

N'ayant pas encore adopté la coutume de changer d'opinion tous les mois, parce que, sachant que je puis me tromper, j'examine une question sur toutes ses faces, et je consulte des gens sensés, avant d'avoir un avis, je maintiens entière ma première conclusion : la *curette prendra son rang au milieu des instruments pouvant rendre des services dans des cas d'endométrites nettement définis* (et je les ai définis) *relativement assez rares* (1).

Tant qu'on ne pourra me prouver par de bonnes raisons (et tous les médecins conviendront que celles de mon adversaire ne sont pas aptes par leurs contradictions à convaincre un cerveau à peu près équilibré), je persisterai à considérer le *ramonage utérin* comme devant être une exception réservée aux inflammations chroniques ayant amené des granulations, des fongosités, des productions diverses, volumineuses ou trop nombreuses, pour être détruites par les caustiques, en une ou plusieurs applications.

Voilà ma profession de foi. Qu'on la réfute et je changerai d'opinion.

Nous voici arrivés à la dernière phrase, au mot de la fin, au bouquet de la réponse :

« Ce que M. Pajot disait si volontiers des médecins qui trouvaient « la céphalotripsie difficile et dangereuse, je le dis à ceux qui ne sont

(1) Première note lue devant la Société.

« pas capables de se servir convenablement et à propos du catheter ou de la curette: QU'ILS FASSENT DES BOTTES, ET LAISSENT LA GYNÉCOLOGIE ! »

Tout le monde, ici, pensera, je crois, qu'un médecin qui écrit ces lignes a perdu, pour toujours, le droit de parler de « *langage extra-scientifique* ».

A la rigueur, le mot qu'il rapporte peut être excusable dans une conversation, mais dans un amphithéâtre, dans une Société savante, le dire et surtout l'écrire !

Je laisse mes collègues en reconnaître la convenance et le parfait bon goût. J'y répondrai pourtant.

D'abord, il n'y a aucune comparaison à établir entre se servir du catheter ou de la curette et la céphalotripsie. Cette dernière est une véritable opération parfois difficile ; l'introduction de la sonde ou de la curette, comme opération, est une niaiserie abordable par un étudiant de troisième année. Mais ce n'est pas ce qu'il y a de remarquable dans la dernière phrase de la réponse.

L'intéressant est la constatation de l'un des symptômes les plus communs de la *manie des contradictions*, c'est-à-dire, l'insurmontable difficulté, éprouvée par ces malades, à rapporter un fait d'une manière absolument exacte. Sous l'influence d'une impulsion irrésistible, ils dénaturent le fond ou les détails, travestissent la réalité, en l'exagérant le plus souvent, au profit de leurs intérêts ou de leur amour-propre.

Ainsi, il ne s'agissait nullement de céphalotripsie dans le fait rappelé par mon adversaire, mais d'un médecin, se plaignant de n'avoir pas dans les bras la force nécessaire pour tirer sur un forceps. Ceci importe peu, c'est un détail faux, voilà tout. En voici un autre également faux. Il m'est arrivé de tenir UNE FOIS pendant ma vie, à CE SEUL MÉDECIN (il le méritait, puisque la Faculté l'a révoqué) le propos rapporté.

Le délire fait écrire : « *ce que M. Pajot disait si volontiers DES MÉDECINS* ». Et je l'ai dit une fois, à un seul médecin !

Notre aimable confrère s'est cependant gardé soigneusement de rapporter une autre phrase qu'il a dû pourtant mieux entendre que la première. Je disais à un autre chef de Clinique : « *Si la Faculté était informée de ce que vous avez fait, vous ne resteriez pas vingt-quatre heures à l'hôpital. Vous seriez mis à*

pied pour six mois au moins, peut-être seriez-vous révoqué. »

La Faculté ne sut jamais rien, grâce à moi, parce que celui-là était d'ailleurs exact, actif, travailleur, mais malheureusement, téméraire, important, excessif, sans mesure, cherchant constamment à se grandir, à s'enfler, et si on lui demandait de raisonner, il résonnait. comme un tambour de basque; puis, toujours prêt à transformer, un cas unique, en cas commun; un fait commun, en règle universelle. Comme cet étranger, débarquant à Calais, reçu par une servante à cheveux roux, qui écrivait sur ses tablettes :

« En France » toutes les femmes sont rousses; puis, plus tard, les observateurs de cette force écrivent :

En France, aucune femme n'est rousse; plus tard encore : Décidément en France, des femmes sont rousses, d'autres ne le sont pas.

La curette, dans tous les cas ! La curette pas dans tous les cas !

Ces exagérations, ce défaut d'observation, d'équilibre cérébral, de pondération sont la véritable pathogénie des contradictions.

Malgré tout, « qu'ils fassent des bottes » est, dans la réponse, la seule idée à peu près originale.

A cause de cela (bien que l'auteur l'ait empruntée à un voisin), la chose ne me répugne pas autrement.

Mais n'étant pas doué de cette magnifique outrecuidance, grâce à laquelle, on sait tout, on parle de tout, on décide de tout, on tranche tout, et personne d'ailleurs n'étant bon juge dans sa propre cause, nous examinerons rapidement la question, au point de vue *physique* et *intellectuel*, et ce sont des tiers qui décideront.

Voyons au *physique*.

Ces jours derniers, dans une réunion chez un médecin de mes amis, plusieurs jeunes femmes regardaient un grand album de photographies. Parmi ces images, il y en avait une représentant le personnel médical de la Clinique d'accouchements et de Gynécologie, quand j'en étais le Professeur.

On y voit au milieu des sages-femmes en chef et des élèves, un vieil homme, à figure assez ennuyée, et dans le coin, à sa droite, un jeune petit monsieur huché sur un meuble pour se

grandir, les bras croisés sur la poitrine, dans une pose olympienne et dominatrice.

Mon ami vint à parler de la discussion entre ces deux personnages et du conseil donné par l'un d'eux à l'autre « *de faire des bottes* ».

Les femmes sont assez bons juges de nos aptitudes physiques.

Le maître de la maison demanda, en riant, lequel des deux paraissait le mieux bâti physiquement pour exercer cette profession.

Je suis forcé de le confesser, quand mon ami me raconta cette histoire, je subis une humiliation pénible.

A l'unanimité, je fus désigné comme tout à fait inférieur à mon concurrent.

Ne nous connaissant, ni l'un ni l'autre, celui nommé par ces dames, le petit important fut déclaré réunir bien mieux le physique et la tournure de l'emploi et l'une d'elles ajouta même : avec la serge verte, il sera beaucoup plus décoratif que l'homme à cheveux blancs.

Voilà un avis.

Comme partie intéressée, je n'ai pas d'opinion, et puis, on peut casser ce jugement pour vices de formes.

Au point de vue *intellectuel* maintenant :

Comme ni mon adversaire ni moi, ne pouvons, non plus, décider la question, j'accepte une transaction. Il faut être conciliant. Nous ferons des bottes tous les deux, à la condition de nommer un jury d'honneur, mais pas pris parmi les malades (*même guéries*) — j'ai démontré, je crois, que cette idée était d'un *saugrenu* (1) à ne pas supporter l'examen.

Nous choisirons un jury parmi nos collègues de la Société. Ils désigneront celui de nous deux qui, dans cette discussion, a fait preuve de plus de sens droit et pratique, a produit le plus d'arguments justes (les bulletins font foi), celui dont l'actif est le moins chargé d'erreurs, d'affirmations fausses, de contradic-

(1) Ne voulant pas employer ce mot *saugrenu* sans être sûr qu'il fût en situation, à propos du jugement des malades *guéries*, je demandai à un vieux praticien, connu pour un esprit caustique, à guérir une endométrite, ce qu'il en pensait. Vous me demandez, me dit-il, si cet avis est *saugrenu*. Grenu, je n'en sais rien, mais, orthographe à part, à coup sûr, il est le reste. J'étais fixé. Le tiers du mot, c'était vif. Le mot entier, c'était juste.

tions, enfin ils nommeront le plus intelligent et le plus sensé. Celui-là fera des bottes de cuir.

L'autre, chacun travaillant pour ses besoins personnels, l'autre, fera des bottes de foin.

Je me sou mets d'avance à la décision du Jury. Je crains fort de ne pas plus l'obtenir que je n'ai obtenu *Oui* ou *Non*.

Et maintenant, notre confrère peut continuer à inonder la Société de ses « *dissertations* » plus ou moins contradictoires, le vœu qu'il exprimait au commencement de sa « *dissertation* » sera comblé. Je ne lui répondrai jamais, à moins d'une insulte personnelle.

On a les Bulletins pour apprécier les deux médecins et les deux doctrines, voici la pièce qui fera juger les deux hommes et les deux caractères.

Le Professeur Pajot fait distribuer, aux Membres de la Société le discours prononcé par son ex-assistant à la Clinique, le jour où le Professeur donna sa démission, après 45 ans d'enseignement.

M. le D^r DOLÉRIS. — La Société se rappelle l'origine de la discussion actuelle ; elle sait comment M. Pajot a débuté dans ce conflit par des invectives directes (1). Elle a pu juger de mon attitude en face du langage provoquant de mon contradicteur. Il n'y a plus aujourd'hui de question scientifique devant une Société savante. La raillerie sans mesure et les injures grossières ont remplacé les arguments. Ma dignité ne me permet pas de suivre dans une pareille voie un homme qui a deux fois mon âge et qui fut mon maître ; je ne dois ni ne veux répondre à M. Pajot.

M. le PRÉSIDENT. — L'incident est clos. — Je reprends l'ordre du jour.

A propos d'un cas de rupture prématurée des membranes, par M. PORAK, accoucheur de l'hôpital Saint-

(1) Bulletin de juin 1888, p. 188 et seq.

Louis. — Des conditions multiples peuvent rendre compte de la rupture prématurée des membranes : l'insertion du placenta près de l'orifice interne du col, la faiblesse des membranes, en particulier de l'amnios, le glissement des membranes les unes sur les autres facilité par leur décollement anormal, l'adhérence des membranes ne permettant pas les modifications qui surviennent dans les derniers temps de la grossesse au niveau du segment inférieur de l'utérus, la grossesse gémellaire, l'hydramnios, les présentations anormales, etc. Ces causes échappent quelquefois à une constatation directe, et souvent on ne peut préciser la raison de la rupture prématurée des membranes. Je me souviens d'avoir constaté plusieurs fois à la suite de cet accident, que l'amnios présentait assez loin de l'orifice interne, un orifice habituellement petit, par où le liquide amniotique s'était fait jour. Dans ces cas, au moment où la dilatation du col se complète, je constatai que malgré l'écoulement des eaux, il y avait une poche au-devant de la partie qui se présentait, qu'on rompait au cours de l'accouchement. Mais la cause de cette ouverture éloignée m'était toujours inconnue. Récemment j'ai eu l'occasion d'observer un cas où sa production pouvait, s'expliquer aisément et qui, à ce titre, présente un certain intérêt.

Mme B., âgée de 25 ans, est à sa troisième grossesse ; elle jouit d'une bonne santé, elle est d'une constitution robuste. Elle est accouchée pour la première fois en 1881. Le travail fut très prolongé et dut être terminé par une application de forceps. L'enfant était très volumineux, il pesait 4385 grammes. Le volume de cet enfant constituait la cause de la dystocie. Mme B. avait dépassé la 9^e époque à partir de ses dernières règles, au moment où elle est accouchée.

Elle devint enceinte pour la seconde fois en 1885. Les dernières règles remontaient au 2-5 décembre 1885, elle accoucha le 27 septembre 1886, c'est-à-dire, comme la première fois, une vingtaine de jours après la 9^e époque à partir de ses dernières règles. L'accouchement fut facile ; mais, comme la première fois, l'enfant, un garçon, était volumineux, il pesait 4,365 grammes.

La troisième grossesse se produisit en 1888. Les dernières règles apparurent du 12 au 15 avril. Si l'accouchement dans cette grossesse devait se produire dans les mêmes conditions que pour les deux grossesses précédentes, on ne devait donc l'attendre que pour le commencement de février. Il n'en fut rien. Un mois avant son terme, le 24 décembre 1888, Mme B. perdit subitement vers le soir une très grande quantité d'eau. La nuit et toute la journée du lendemain se passèrent en ne présentant que des douleurs assez éloignées et assez faibles. Ce n'est que vers le milieu de la nuit du 24 au 25 décembre, que les douleurs présentèrent quelque énergie, et devinrent efficaces. La dilatation du col se fit normalement, et lorsque celle-ci fut complète, je pus confirmer nettement ce que j'avais d'ailleurs déjà constaté : l'intégrité de la poche amniotique. L'abondance et la brusquerie avec lesquelles s'était produit l'écoulement du liquide amniotique, ne pouvaient pas me permettre de croire qu'il se fût agi d'un simple décollement des membranes, décollement si souvent suivi de passage du liquide amniotique à travers les membranes. Celles-ci étaient bien rompues. On ne pouvait en douter. En recueillant, en effet, du liquide amniotique, on y constatait en suspension des fragments de matière sébacée. Il ne s'agissait pas non plus d'une fausse poche des eaux, comme cela se produit lorsque du liquide amniotique s'accumule entre l'amnios et le chorion.

En effet, lorsque je rompis cette poche, c'est bien la membrane amniotique que j'avais déchirée. Et derrière elle, il n'y avait pas de seconde poche. Il s'était donc produit quelque part une rupture de l'amnios, et cette rupture était placée assez haut, au-dessus de la portion de membrane en rapport avec le col dilaté.

L'intérêt de ce mécanisme m'engagea à étudier la disposition des membranes après l'accouchement. Le dégagement de l'enfant, un garçon, fut assez rapide et régulier. Je trouvai un circulaire autour du cou de l'enfant, je pus le dérouler facilement.

L'enfant pesait 2880 grammes. Il était donc beaucoup plus

petit que ses aînés. Cette constatation justifie bien que l'accouchement s'était fait prématurément, et au moins, d'après le poids de l'enfant, un mois avant le terme.

Le placenta avait des dimensions moyennes, le chorion et la caduque étaient décollés sur presque toute l'étendue de l'amnios, et manquaient par place. Le cordon était inséré à 3 ou 4 centimètres du bord du placenta. Un repli de l'amnios constituait un méso-cordon, qui se terminait en pointe à 15 centimètres à peu près au-dessus du placenta sur le cordon. La base de ce méso-cordon s'étendait de l'insertion du cordon jusqu'au delà du bord du placenta. En ce point extérieur on constatait une petite ouverture ayant moins d'un centimètre de diamètre. A trois centimètres au-dessous, on apercevait une autre ouverture à bords irréguliers plus étendue, pouvant mesurer à peu près deux centimètres de diamètre.

L'explication de ces ruptures nous parut assez simple. Nous avons dit qu'il y avait un circulaire autour du cou de l'enfant. Celui-ci pouvait constituer une brièveté relative du cordon. Tout mouvement de l'enfant pouvait rendre cette brièveté du cordon plus manifeste, et exercer des tractions plus ou moins marquées sur le méso-cordon. L'aboutissant des tractions se trouvait à l'angle du méso-cordon qui se terminait sur les membranes. C'est en ce point que la traction s'effectuait d'une façon plus active, d'où la première, puis la seconde déchirure de l'amnios. Le décollement de l'amnios et du chorion, l'écoulement du liquide amniotique devaient s'en suivre.

Nous avons cru devoir signaler ce mécanisme intéressant de la rupture prématurée des membranes, convaincu qu'on pourra expliquer fréquemment cette complication, par un examen minutieux du placenta, des membranes et du cordon.

M. DUMONT-PALLIER. — Combien de temps avant l'accouchement la rupture s'est-elle produite ?

M. PORAK. — 36 heures environ avant l'accouchement.

M. GUÉNIOT. — La rupture prématurée de l'œuf est assez com-

mune ; quand on cherche le point rompu, par où est sorti le liquide en versant de l'eau dans l'œuf, on ne le trouve pas toujours ; cela tient à ce qu'on observe souvent deux poches, l'une est rompue et l'autre ne l'est pas. — Entre le chorion et l'amnios, il peut en effet se former une poche d'eau. — J'ai constaté souvent la multiplicité des poches d'eau qui venaient se rompre ou qu'il fallait rompre avec le doigt au niveau de l'orifice utérin.

M. PORAK. — Hier, j'ai vu une dame paraissant avoir eu une rupture prématurée ; j'ai rompu la poche qui se présentait, et je n'ai pas pu trouver le 1^{er} orifice. — Quand il y a décollement des membranes il peut s'opérer une transsudation entre l'amnios et le chorion. — Dans mon observation, ce qui est intéressant, c'est le rôle joué par le méso-cordon.

Observation : M. PORAK. — *Corps fibreux utérin ayant augmenté considérablement de volume pendant la grossesse et faisant obstruction au détroit supérieur. — Déplacement de la tumeur au moment de l'accouchement. — Rupture prématurée des membranes, procidence du cordon. — Présentation du sommet. — Céphalotripsie. — Mort subite 9 jours après l'accouchement par embolie de l'artère pulmonaire, par le Dr PORAK, accoucheur de l'hôpital Saint-Louis.*

Mme M., sans profession, d'une bonne constitution et d'une bonne santé habituelle, nous a été envoyée à l'hôpital Saint-Louis par notre maître, M. le Dr Charpentier, et est entrée dans notre service le 10 décembre 1888.

Elle a toujours été menstruée régulièrement, sans douleurs, sans écoulement abondant de sang, depuis l'âge de 15 ans. Ses dernières règles remontent au 25-27 mars, époque du début de la grossesse pour laquelle nous sommes appelés à lui donner des soins.

Cette grossesse ne présenta aucun malaise digne d'être signalé, jusque dans le courant du mois de septembre. A cette époque, Mme M. éprouva pendant une quinzaine de jours des douleurs abdominales assez violentes. La sage-femme, qui la soignait, demanda l'avis de M. Charpentier, qui lui-même s'adjoignit MM. Guéniot et Doléris. Ces messieurs constatèrent sur le côté droit de l'utérus, une tumeur assez souple pour faire penser qu'elle pouvait être kystique. On pratiqua plusieurs ponctions qui restèrent négatives. Le diagnostic de corps fibreux ne parut donc pas douteux.

Le 12 décembre au moment où nous l'examinâmes pour la première fois, l'utérus remontait à quelques travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde, exactement 43 centimètres au-dessus de la symphyse du pubis. Au-devant et à droite de lui, se trouvait une vaste tumeur, souple, presque fluctuante, remontant un peu au-dessus de l'ombilic, situé à 21 centimètres de la symphyse du pubis. Cette tumeur ovoïde paraissait avoir un grand axe mesurant 28 centimètres, aboutissant d'une part à droite, au point de rencontre de la verticale élevée au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure et de l'horizontale passant par l'ombilic, aboutissant d'autre part à l'éminence iléo-pectinée gauche. Son petit axe, se dirigeant de l'ombilic au milieu du bord supérieur de l'os iliaque, mesure 20 centimètres. Par le toucher vaginal, on reconnaît que la tumeur recouvre et dépasse par en bas l'aire du détroit supérieur. On atteint assez difficilement le col situé en arrière ; il est ramolli et possède toute sa longueur. On ne peut arriver jusqu'à l'orifice interne.

Le 9 janvier la tumeur s'était encore accrue. Son grand diamètre mesurait 33 centimètres, tandis que le petit diamètre mesurait 22 centimètres. L'enfant se présentait par le sommet.

Les premières douleurs apparaissent le 15 janvier à 2 heures, et se continuent assez faibles et assez irrégulières pendant trois jours. Le 15 janvier au soir, les membranes se rompent spontanément. On constate alors que le cordon est en procidence. Le liquide amniotique qui s'écoulait alors était déjà coloré par du méconium.

Le col était toujours situé très en arrière, il était très long et on ne pouvait atteindre l'orifice interne. Le corps fibreux recouvrait la plus grande partie du détroit supérieur, et n'avait encore subi aucun déplacement. L'interne de service fit quelques tentatives pour réduire le cordon, mais il se convainquit très rapidement de l'inutilité de ces tentatives et ne jugea pas à propos de me prévenir. Je ne revis Mme M. que le lendemain 16, à la visite du matin. Le col n'était pas modifié, et la tumeur n'avait pas changé de place. Comme le cordon avait cessé de présenter des pulsations, toute tentative de réduction devenait inutile. Je résolus donc, puisque l'enfant était mort, d'intervenir aussitôt que la dilatation du col permettrait l'introduction des instruments employés pour l'écrasement de la tête fœtale.

Les journées du 16 et du 17 se passèrent sans que cette circonstance si attendue se produisît. Je dus attendre jusqu'au 18 à dix heures du matin. La tumeur s'était notablement déplacée, mais la tête était encore située très haut. Nous voulûmes d'abord employer le basiotribe de M. Tarnier. Mais la tête de l'enfant était si élevée, que nous eûmes beaucoup de peine pour articuler les branches. L'articulation se trouvait dans le vagin, et ce n'est qu'au juger que nous pûmes y arriver. L'instrument dérapa et je me décidai alors à appliquer le cranioclaste. L'application fut assez difficile, mais cependant put être pratiquée.

On parvint à engager la tête dans l'excavation, et à l'attirer au dehors. Le tronc fut facilement extrait après qu'on eut abaissé l'un des bras.

Les suites de couches ne furent pas mauvaises. Voici d'ailleurs le relevé du pouls et de la température :

18 janvier : matin P. 92 T. 37.4 ; soir : P. 104 T. 38.2.
 20 janvier : matin P. 88 T. 38 ; soir P. 100 T. 38.4.
 21 janvier : matin P. 96 T. 38 ; soir P. 96 T. 38.4.
 22 janvier : matin P. 92 T. 37.6 ; soir P. 100 T. 38°.
 23 janvier : matin P. 100 T. 37.4 ; soir P. 100 T. 37.8.
 24 janvier : matin P. 100 T. 37.6 ; soir P. 100 T. 37.

25 janvier : matin P. 92 T. 38 ; soir P. 100 T. 38.6.

26 janvier : matin P. 86 T. 37.2 ; soir P. 88 T. 37.2.

La santé paraissait assez satisfaisante, lorsque le dimanche 26 janvier, après avoir reçu gaiement ses parents, elle fut subitement prise d'une angoisse respiratoire terrible. Elle poussa quelques soupirs, son visage et ses lèvres devinrent cyanosés, une légère écume apparut à la commissure des lèvres, le pouls se supprima, le cœur présenta des battements espacés et irréguliers, et en moins de quelques minutes, elle succomba.

Au moment où on pratiquait l'autopsie, on vint y mettre opposition de la part de la famille. Cet examen fut donc imparfait. Le foie, les reins ne paraissaient présenter aucune lésion. La tumeur fibreuse de l'utérus présentait à la coupe une coloration rouge. Le sang des sinus utérins n'était pas spumeux. Les deux poumons étaient congestionnés. Enfin on trouva dans l'artère pulmonaire un caillot vermiforme, arrondi, terminé en pointe fibrino-globulaire, qui s'étendait du ventricule droit du cœur jusqu'à la bifurcation de l'artère pulmonaire dépourvu de toute adhérence en dehors du cœur.

M. CHARPENTIER. — Cette malade est intéressante à plusieurs points de vue. — C'est une femme de 35 à 36 ans, primipare, chez laquelle la grossesse au début a marché normalement ; vers 6 mois 1/2 la sage-femme qui la soignait vint me chercher disant : « Il vient de se passer quelque chose d'extraordinaire, l'enfant a changé brusquement de place. » Il me fut facile de constater à droite une énorme masse, ayant une fausse fluctuation, allant du fond de l'utérus jusque dans l'excavation. — Je pensai à un corps fibreux ramolli, et je demandai l'avis de MM. Guéniot et Doléris. M. Guéniot fut de mon avis et accepta l'idée d'un fibrome ; M. Doléris avança qu'il pourrait bien se faire qu'on se trouvât en présence d'un kyste de l'ovaire. Dans cette incertitude, trois ponctions furent pratiquées ; elles n'eurent aucun résultat. On attendit en conséquence, à 8 mois, la malade fut envoyée à Saint-Louis, dans le service de M. Porak ; elle y accoucha.

Nous avons donc eu affaire ici à un cas de ramollissement extrême d'un corps fibreux pendant la grossesse ; or, ces cas ne sont pas extrêmement communs, et si les corps fibreux se ramollissent pendant la gestation, il est rare de les voir arriver au degré qu'a présenté notre malade. Il y avait une fausse fluctuation des plus typiques.

Le second point est ce développement, cette modification qui s'est produite pendant la grossesse, subitement, et le volume énorme qu'a pris la tumeur.

Enfin, il faut encore noter le déplacement qui s'est produit au moment de l'accouchement, et qui a permis de terminer par les voies naturelles, un accouchement qui semblait devoir réclamer l'opération césarienne.

Quant à la mort de la malade, elle rentre dans les cas de mort subite par embolie, qui ont été signalés chez les accouchées. J'ai vu la malade la veille de sa mort ; elle était aussi bien que possible et rien ne pouvait faire soupçonner un dénouement aussi brusque.

M. SCHWARTZ. — M. Bastard, dans sa thèse 1880, a signalé le thromboses dans les corps fibreux.

M. DUMONTPALLIER. — M. Duguet également a montré la possibilité des coagulations veineuses dans les corps fibreux, coagulations pouvant donner naissance à des embolies. Le point de départ se trouve généralement dans la fémorale ou l'iliaque profonde. Velpeau, il y a 26 ans, présenta à l'Institut un cas d'embolie pulmonaire, chez une vieille femme qui avait eu des varices.

M. GUÉNIOT. — Au point de vue obstétrical, il faut noter que l'accouchement s'est fait normalement, la tumeur s'étant déplacée au moment du travail.

Présentation de pièces. — M. RICHELOT présente une pièce qui lui a été envoyée par le Dr Vesseaux de Montbéliard ;

c'est un monstre acardiaque. — Il s'agit d'une grossesse gémellaire. L'un des enfants est venu vivant bien conformé, l'autre ne s'est pas développé et est devenu le monstre que vous voyez.

M. RICHELOT. — J'ai l'honneur de présenter à la Société un monstre qui m'a été envoyé par M. le Dr Vesseaux, de Montbéliard. Voici les quelques détails dont notre excellent confrère accompagne son envoi :

« J'ai été appelé, m'écrit-il, auprès d'une jeune femme de 28 ans, primipare, en travail depuis trois jours. Présentation du sommet OIGP ; les douleurs ayant cessé, je pratique une application de forceps et j'extrais un enfant du sexe masculin, admirablement constitué et plein de vie. Après le dégagement des épaules et du tronc, je remarque une tension excessive du cordon, qui menace de se rompre ; je place une ligature et je le fais maintenir, après section, par un aide. Je touche de nouveau et trouve un second enfant, sans qu'il me soit possible de préciser la présentation. Je le saisis avec peine et parviens à l'amener à la vulve. Quel n'est pas mon étonnement quand je reconnais que ce deuxième fœtus est un monstre ! Le cordon a été rompu à dix centimètres de l'ombilic.

« Je pratique la délivrance artificielle, ne pouvant exercer de traction sur le premier cordon trop friable, et j'amène un placenta unique, mais je n'ai pu me rendre un compte exact du point d'insertion du cordon du monstre. J'ai cependant découvert, à 15 centimètres environ de l'insertion placentaire, une solution de continuité latérale qui m'a paru être le point d'attache du deuxième cordon, rompu pendant les tractions. Il y avait donc, je pense, un cordon bifurqué, et la bifurcation se faisait à 15 centimètres de l'insertion placentaire ».

Vous voyez, Messieurs, que ce monstre est fort curieux : c'est une boule ovoïde, sans trace de membres, avec des vestiges d'yeux, de nez et de bouche ; on lui trouve de petites fossettes à la place des oreilles ; à l'autre extrémité, il offre une légère dépression anale et un rudiment d'organes génitaux. Il vaut la peine d'être disséqué avec soin, et si quelques-uns de nos col-

lègues, versé dans l'étude de l'embryologie, trouve cette recherche intéressante, je le lui confierai bien volontiers.

M. PORAK se chargera avec plaisir de la dissection du monstre.

M. DOLÉRIS. — Il faut rattacher la production de ces monstres à des troubles circulatoires amenant une nutrition insuffisante des parties inférieures du fœus, troubles comparables à ceux qu'Ahlfeld a signalé dans le mécanisme de la formation des monstres acardiaques en cas de jumeaux. La dénutrition occupe une région différente, voilà tout.

M. DOLÉRIS dépose plusieurs planches concernant les sujets suivants : Sur un procédé nouveau de *colpopérinéorrhaphie*. — *Suture en échelle dans fistule vésico-vaginale*. — *Raccourcissement du ligament rond*. — *Fixation ventrale de l'utérus*.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

*Séance du 14 Mars 1889*Présidence de M. le D^r POLAILLON.

La Société se forme en Comité secret.

Sur les observations et la proposition de M. Guérin, la Société exprime le regret qu'un de ses membres ait ajouté, dans le Bulletin du mois de février dernier, des paroles injurieuses pour son ancien maître, paroles qu'il n'avait pas prononcées en séance publique.

SOMMAIRE. — Lecture du procès-verbal de la séance précédente. —

Correspondance imprimée : Les Annales d'Orthopédie, un numéro.

— *Correspondance manuscrite* : Une lettre du docteur Mistrachi, de Salonique, adressée à M. le D^r Doléris, pour la présentation d'un travail sur l'hémorrhagie post-partum traitée par le raclage et le nettoyage de l'utérus. — *Ordre du jour* : D^r JOUIN : De l'endométrite tuberculeuse chronique. — D^r LABUSQUIÈRE : Eclampsie pendant le travail. — D^r CHARPENTIER : Quelques observations de fœtus mort nés.

De l'endométrite tuberculeuse chronique. —

M. JOUIN : Nous ne venons pas refaire le chapitre bien connu des dégénérescences tuberculeuses secondaires du système génital de la femme. En 1880, dans sa thèse inaugurale, le D^r Vermeil a donné de ce point de la pathologie une description très complète.

De même nous ne parlerons point des lésions tuberculeuses de la vulve, du vagin et du col de l'utérus. Bien décrites par Huguier dès 1843, elles ne présentent, en effet, rien de spécial que leur siège, et leur étude rentre dans le chapitre de la tuberculose des muqueuses en général.

Par contre, l'endométrite tuberculeuse, que nous voulons étudier ici, beaucoup plus fréquente suivant nous, se présente avec une physionomie, un appareil symptomatique absolument particuliers, et qu'il est intéressant et important de connaître, car dans l'espèce, un diagnostic incomplet conduit nécessairement, au grand préjudice de la malade, à une thérapeutique insuffisante.

L'endométrite tuberculeuse est plus fréquente, disons-nous, que la tuberculose des autres muqueuses du système génito-urinaire. Nous allons le montrer cliniquement. Mais il est déjà facile de le comprendre, quand on considère la disposition anatomique de la région. La vessie, l'urèthre, le vagin, le col de l'utérus, en effet, présentent une muqueuse épaisse, résistante, revêtue d'un épithélium pavimenteux, tandis que la muqueuse du corps est molle, spongieuse, et très riche en glandes en tube, disposition éminemment favorable au développement d'un parasite essentiellement anaérobie. Si une chose doit nous étonner, c'est donc que l'endométrite tuberculeuse n'ait pas été plus tôt reconnue et décrite.

Hâtons-nous d'ajouter, que ce n'est pas cependant une affection inconnue.

Presque au début de l'histoire de la tuberculose, Louis signale des cas de tubercules de l'utérus et de ses annexes (Louis. Recherches sur la phthisie 1825). Il est vrai qu'il ne dit pas si ces tubercules sont développés primitivement ou consécutivement. Non plus Aran, qui, dans un ouvrage classique (Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes 1858-1860,) insiste également sur la coïncidence fréquente de la tuberculose et des affections utérines.

Même absence de précision dans les travaux de Bernutz et Goupil, et de Verneuil, qui décrivent la tuberculose génitale, mais ne distinguent pas suffisamment la forme primitive de la forme consécutive.

Au contraire, à la Société médicale des hôpitaux (séance du 26 décembre 1884), M. Fernet établit nettement : 1° l'existence chez la femme d'une tuberculose génitale primitive, 2° son origine sexuelle et consécutive à des rapprochements avec un homme tuberculeux. Les deux femmes qui font l'objet de sa commu-

nication ont été prises, l'une de pelvi-péritonite tuberculeuse, l'autre d'adéno-phlegmon également tuberculeux. D'où cette première conclusion, suivant nous erronée, de l'auteur :

« Chez la femme, en raison des rapports étroits qui unissent les annexes de l'utérus au péritoine, la tuberculose donne le plus souvent lieu à des pelvi-péritonites et à des adéno-phlegmons. »

Et cette seconde conclusion que nous approuvons entièrement : « Il faut tenir pour suspectes les blennorrhées ou les leucorrhées indolores qui ne succèdent pas à la blennorrhagie vraie, et s'éclairer sur leur nature en faisant la recherche des bacilles. »

Enfin, pour en finir avec l'histoire, disons que l'endométrite tuberculeuse a pu être expérimentalement provoquée par Cornil (Congrès de la Tuberculose), et Chantemesse (communication orale) à la suite d'injections de bacilles dans le vagin de lapines.

En résumé, on connaît depuis longtemps la tuberculose génitale. On sait d'une façon très positive qu'elle peut être primitive, et consécutive à une inoculation directe. Mais on connaît moins la symptomatologie de cette localisation de la diathèse, qui, comme nous allons le montrer, présente les plus grandes analogies avec les autres métrites blennorrhagiques, post-puerpérales, herpétiques, etc.

Nos observations d'endométrite tuberculeuse primitive sont au nombre de neuf, que nous divisons en quatre catégories.

Dans la première catégorie (deux observations) l'endométrite tuberculeuse est survenue à la suite de rapprochements sexuels avec un homme atteint de tuberculose génitale.

Dans la seconde (deux observations également) les maris des malades étaient tuberculeux, mais ne présentaient pas de symptômes apparents de tuberculose génitale.

Dans la troisième catégorie, plus intéressante encore que les précédentes (trois observations), nous n'avons pu trouver la cause du mal, mais nous avons, par contre, assisté au développement d'une tuberculose génitale chez deux maris, et d'une tuberculose pulmonaire, sans lésions génitales apparentes chez le troisième.

Dans la quatrième catégorie enfin, nous rangeons deux observations d'endométrite tuberculeuse, développée en dehors de toute cause appréciable, mais dont nous admettons cependant la nature tuberculeuse (l'examen microbien ayant été pratiqué chez une des malades, et des lésions de tuberculose pulmonaire étant consécutivement apparues chez l'autre).

Sur ces neuf observations, le diagnostic a été vérifié trois fois seulement : une fois par l'examen au microscope ; deux fois par inoculations péritonéales de cobayes.

Chez les autres malades, le diagnostic nous a paru évident, et nous n'en avons pas poussé plus loin la démonstration.

De ces neuf observations, nous croyons pouvoir dégager nettement le chapitre suivant :

ENDOMÉTRITE TUBERCULEUSE CHRONIQUE.

Définition. — C'est une affection primitivement caractérisée par la dégénérescence tuberculeuse de l'endomètre. Nous disons primitivement : En effet, le parenchyme utérin et la région du périmètre peuvent être également envahis.

Forme. — Elle est primitive, ou consécutive à des lésions tuberculeuses d'autres organes. Nous ne nous occupons ici que de la première forme.

Etiologie. — Deux ordres de causes : prédisposantes et déterminantes.

Les causes prédisposantes sont d'ordre général : misère physiologique, hérédité, chagrin, etc. ; et d'ordre local : déchirures du col, inflammations répétées de la région.

Quant aux causes déterminantes, il est souvent difficile, dans un cas donné, de les découvrir.

Il est rationnel de croire à l'influence des crachats, du linge souillé, peut-être même d'instruments mal nettoyés. Mais ce qu'il faut surtout admettre, c'est l'importance étiologique des rapprochements sexuels avec un sujet atteint de tuberculose générale, et à plus forte raison de tuberculose génitale. Nous avons

vu la part considérable qu'il convient de faire, dans nos observations, à cet ordre de causes.

Nous avons vu, ce qui est encore une preuve par analogie, dans la troisième catégorie, l'endométrite tuberculeuse déterminer des lésions de même nature sur les organes génitaux de l'homme.

Nous avons vu, enfin, l'injection de bacilles dans le vagin de lapines, déterminer la maladie qui nous intéresse. Il est donc bien certain que l'endométrite tuberculeuse est le plus souvent, sinon toujours, le résultat d'une infection locale.

L'endométrite tuberculeuse est-elle fréquente ? Sans pouvoir le démontrer, nous avons beaucoup de raisons de le croire. Quand on connaîtra bien les conditions étiologiques dans lesquelles elle se produit, quand on saura la diagnostiquer au début, on sera, pensons-nous, surpris du nombre considérable des cas que l'on observe.

Ce doit être, en effet, l'endométrite tuberculeuse, la cause de quelques-uns de ces écoulements uréthraux de l'homme, sans réaction, sans persistance, et que les malades attribuent avec raison aux fleurs blanches de leur femme.

Ce doit être l'endométrite tuberculeuse, la cause de l'aménorrhée bien décrite, dans ses formes consécutives il est vrai, par Daremberg, de Cannes, de la stérilité, qui a été l'objet de plusieurs communications au Congrès de la Tuberculose.

C'est enfin l'endométrite tuberculeuse méconnue, qui a créé la légende des maladies de l'utérus conduisant à la phthisie, qui a inspiré à Aran la phrase suivante, bien difficile à expliquer avec nos idées modernes sur la tuberculose.

A propos de pelvi-péritonites et d'affections utérines en général, cet auteur qui estime, avec beaucoup d'exagération suivant nous, que les deux tiers des malades atteintes de ces lésions sont destinées à mourir phthisiques, dit textuellement ceci :

« Je ne connais pas de maladies qui conduisent plus fréquemment à la tuberculose pulmonaire que celles qui nous occupent. »

En réalité, ne deviennent tuberculeuses du poumon que les malades atteintes de tuberculose de l'endomètre, et comme

leur nombre est assez fréquent, nous croyons pouvoir en conclure logiquement, que beaucoup d'endométrites réputées simples sont, de fait, des endométrites tuberculeuses.

Et nous ne parlons dans cette hypothèse que de celles qui évoluent. Beaucoup, en effet, comme les arthrites fongueuses, doivent rester à l'état d'accident initial, et même guérir sous l'influence d'un traitement plus ou moins rationnel et des simples efforts de la nature.

Anatomie pathologique. — Je n'ai pas perdu de malades, je ne possède donc aucune autopsie ; mais l'analyse histologique a été pratiquée dans un cas, et l'on a trouvé dans les fongosités le bacille de Koch.

Dans deux autres, l'inoculation sur des cobayes a donné des résultats positifs.

La nature tuberculeuse de ces lésions est donc indéniable.

Ce que je n'ai pu établir, c'est la nature des lésions de propagation : Métrite parenchymateuse et périmérite.

Sont-elles, comme l'endométrite, tuberculeuses ou simplement inflammatoires ? On ne peut rien affirmer dans l'espèce ; mais on doit croire, ce semble, à de l'inflammation simple, *du moins au début.*

Il se passe quelque chose d'analogue à ce que l'on observe dans l'adénite cancéreuse initiale. Sans cela, la guérison ne serait pas aussi facile à obtenir dans la plupart des cas ; mais il n'est pas impossible que les choses changent de bonne heure, et que la tuberculose prenne part au processus pathologique observé.

Symptomatologie. — Nous ne parlerons pas ici de la péritonite et de l'adéno-phlegmon, qui ont plus particulièrement fixé l'attention des observateurs, de Fernet en particulier. Primitifs, ils doivent être rares ou rentrer dans une forme de tuberculose locale aiguë qu'il ne nous a pas été donné d'observer.

Consécutifs à l'endométrite tuberculeuse, ils ne présentent de particulier que leur nature, et ne sauraient, par conséquent, rentrer logiquement dans cette étude.

Quant à la symptomatologie de l'endométrite tuberculeuse, elle se dégage nettement, pensons-nous, de nos observations.

En dehors de toute cause appréciable, la femme est prise d'accidents leucorrhéiques, de douleurs dans le ventre, de micrurie, et de constipation, symptômes communs à toutes les endométrites.

La stérilité est la règle tant que dure l'inflammation spécifique de l'endométrite.

Le toucher n'indique rien au début. Plus tard seulement, quand la lésion s'est étendue, on peut sentir, au toucher combiné avec le palper abdominal, que l'utérus est doublé de volume, et plus ou moins immobilisé dans le gâteau inflammatoire des ligaments larges.

L'inspection au spéculum montre un col rouge, quelquefois ulcéré, un orifice irrité et laissant passer des sanies.

L'hystérométrie (qu'il est bon de pratiquer, suivant nous, non pas avec l'instrument classique, mais avec une simple bougie de petit volume, portée à l'aide d'une pince dans l'intérieur de l'organe) permet de constater qu'au début la cavité est un peu rétrécie, l'instrument passant à frottement dur, et que plus tard le parenchyme se prend, la cavité du corps devenant plus spacieuse tant en hauteur que latéralement.

Enfin, à l'examen d'un morceau de muqueuse, on peut reconnaître histologiquement et microbiologiquement les caractères de la tuberculose.

Si, des signes locaux nous passons à l'analyse de l'état général, nous voyons que, dès le début, les malades sont plus affaiblies que dans l'endométrite simple. Il y a de l'amaigrissement, de la fièvre, des sueurs froides, etc., comme dans toutes les manifestations locales de la tuberculose, dans les arthrites fongueuses en particulier.

Si la maladie est mal soignée ou abandonnée à elle-même on peut voir les poumons se prendre. C'est même à cette généralisation que nous avons dû de reconnaître la nature tuberculeuse de l'affection chez nos premières malades. Mais à cette période même on peut encore observer la guérison, si la lésion primitive est supprimée, comme on voit l'amputation arrêter

les progrès de la tuberculose pulmonaire chez les sujets atteints de tumeur blanche. Cependant, nous ne saurions affirmer toujours cette guérison.

Diagnostic. — L'analyse histologique et microbiologique des fongosités de l'endomètre permet de l'établir d'une façon positive. Mais, à son défaut, on peut encore faire le diagnostic en s'appuyant sur les signes suivants :

Le mal n'a débuté ni après une couche, ni après une blennorrhagie ; souvent la malade n'a pas d'enfants, (cinq fois sur neuf dans nos observations). Il s'observe chez une femme fatiguée. Quelquefois même, — c'est la règle après un certain temps, — les poumons présentent des lésions tuberculeuses.

Ces caractères séparent nettement la métrite tuberculeuse des métrites simples, microbiennes, avec lesquelles on pourrait la confondre.

L'absence de coliques violentes au moment des règles, l'absence d'hémorragies (Darembert, nous l'avons déjà dit, a montré que c'est plutôt l'aménorrhée que l'on observe) la séparent de l'infiltration fibreuse, des fibrômes au début. Dans cette dernière affection, l'hystéromètre accuse aussi une augmentation, mais plus considérable, du diamètre vertical de l'utérus.

Nous ne parlons pas du diagnostic différentiel des métrites tuberculeuses et des versions et flexions utérines. Ces affections ne sont le plus ordinairement pas des maladies distinctes, mais des formes, des symptômes de la simple métrite, microbienne ou autre. Donc elles n'ont rien de spécial, de pathognomonique.

Pronostic. — Consécutive, l'endométrite tuberculeuse est très grave, non par elle-même, mais à cause de l'état général du sujet.

Primitive, elle est généralement bénigne, si on la diagnostique à temps, très bénigne, si on la soigne d'une façon rationnelle.

C'est une manifestation heureuse de la tuberculose, si nous pouvons nous exprimer ainsi, en raison de son siège, car elle

permet de faire le diagnostic précoce d'une affection terrible, et de la supprimer facilement.

Traitement. — D'abord il faut mettre la malade à la créosote. Excellent contre la tuberculose quelle qu'elle soit, ce médicament, pensons-nous, est ce qu'il y a de plus actif contre ses localisations génitales. C'est l'opinion de la plupart des spécialistes qui s'occupent des affections génito-urinaires de l'homme, c'est absolument la nôtre pour l'endométrite tuberculeuse.

Doit-on pratiquer le curettage de l'utérus avec ou sans écouvillonnage créosoté ? Nous ne pouvons en parler que théoriquement. Si l'opération est bien faite, elle doit certainement donner de bons résultats ; mais incomplète elle laisse l'endomètre dans les conditions d'une muqueuse enflammée, sur laquelle on aurait pratiqué des inoculations bacillaires.

Aussi ne saurions-nous la recommander, d'autant plus que l'application de bâtonnets d'iodoforme nous a toujours donné d'excellents résultats.

Nous conseillons donc simplement la dilatation deux ou trois fois répétée de la cavité utérine, avec une tige de laminaire préparée antiseptiquement, c'est-à-dire comme l'indique mon maître M. Porak, trempée pendant douze heures au moins dans de l'éther iodoformé. Puis, à quelques jours d'intervalle, nous appliquons successivement une quinzaine de bâtonnets d'iodoforme suivant les règles que nous avons longuement exposées dans un mémoire présenté à cette société.

Nous conseillons ce traitement qui n'est ni douloureux, ni pénible pour la femme, même chez les malades atteintes de métrite consécutive, comme les chirurgiens conseillent de traiter les tumeurs blanches des tuberculeux à toutes les périodes de la maladie.

Mais nous le conseillons surtout dans les formes primitives. Il est alors non seulement curatif de la lésion locale ; mais il modifie aussi l'état général comme l'amputation faite à temps guérit les tuberculoses pulmonaires des sujets atteints de tumeurs blanches.

Enfin, nous demandons aux femmes, dans l'intérêt de leur mari, de s'abstenir de tout rapport jusqu'à guérison complète.

Nous n'avons pas à parler ici de la suralimentation, de la vie au grand air, des toniques, etc., qui relèvent de la médecine générale.

M. PAJOT. — Le diagnostic de l'endométrite tuberculeuse est-il facile? En dehors de l'examen histologique, est-ce possible?

M. JOUIN. — Chez la femme d'un tuberculeux génital, atteinte d'une leucorrhée tenace, dont l'état général est mauvais et plus grave que dans les autres métrites simples, il est permis d'avoir des craintes; l'examen histologique devra être fait dans ces circonstances; c'est évidemment le meilleur moyen d'éclairer le diagnostic. Je considère même que le diagnostic ne peut être affirmé d'une façon absolue, qu'après examen bactériologique des fongosités.

Chez ma première malade, j'ai fait le diagnostic d'endométrite tuberculeuse, en voyant disparaître, sous l'influence du traitement local, les signes généraux et locaux de tuberculose pulmonaire que j'avais constatés à ma première visite.

J'avais fait chez cette malade le diagnostic de métrite simple et de tuberculose pulmonaire; mais en assistant à la guérison de cette dernière affection, je fus amené à en faire une conséquence de l'endométrite, et à reconnaître la métrite tuberculeuse de celle-ci. Je dois ajouter que le mari de cette malade avait de la prostatite tuberculeuse, ce qui me facilita le diagnostic.

Eclampsie, Grossesse gémellaire. — M. LABUSQUIÈRE. — Le 15 février, vers 5 heures du matin, mon confrère et ami, M. le Dr Péchin venait me prier de vouloir bien l'assister dans un accouchement compliqué. Comme il s'agissait d'un cas qui, sans être exceptionnel, n'est pas non plus tout à fait commun, *eclampsie ayant fait son apparition au cours du travail, accouchement gémellaire*, je le priai de prendre soigneusement tous les détails de cette observation. La voici telle qu'il me l'a remise :

Mme B..., 20 ans. — Bonne santé antérieure. — Menstruation régulière. — 1^{re} fausse couche de 3 mois, en mai 1887. — 2^e fausse couche de 3 mois environ, en novembre suivant. Aucun accident. Aucune dyscrasie, ni maladie quelconque n'expliquent ces deux fausses couches. Après examen minutieux et tous renseignements pris, nous ne pensons pas que l'un ou l'autre des époux soit entaché de syphilis.

En mai 1888, suppression des règles et nouvelle grossesse pendant la durée de laquelle Mme B... s'est très bien portée. Accouchement à terme, le 13 février ; à 10 heures du soir, perte des eaux. Je vois Mme B... le lendemain matin vers 8 heures. Col effacé, pas de dilatation. A midi, dilatation offrant les dimensions d'une pièce d'un franc. Les douleurs, peu intenses, se succèdent à des intervalles assez réguliers. Je reviens auprès de Mme B... le soir à 8 heures. Les douleurs ont persisté jusqu'à ce moment, se succédant à des intervalles plus rapprochés, et devenant de plus en plus fortes, surtout à partir de 6 heures du soir. La dilatation a augmenté, mais n'est pas complète. Je sens la suture sagittale dans le diamètre gauche du bassin ; en suivant cette suture en arrière et à droite, je n'arrive pas sur une fontanelle ; mais en avant et à gauche, et un peu en haut, je trouve une fontanelle offrant les caractères de la fontanelle postérieure. A l'auscultation, je perçois nettement les battements cardiaques à gauche, sur la ligne allant de l'ombilic à l'éminence iléo-pectinée. Plan résistant à gauche. La nuit se passe sans incident digne d'être noté. L'état général de la malade est excellent, l'enfant ne souffre pas. La dilatation, il est vrai, se fait lentement.

Vers six heures du matin, la dilatation a fait beaucoup de progrès, et la suture sagittale se rapproche du diamètre antéro-postérieur.

Mme B... quitte son lit quelques instants pour s'asseoir dans un fauteuil. *Elle se plaint d'une obnubilation de la vue, en passant sa main à ce moment sur son front, puis, quelques secondes après, elle est prise subitement d'une attaque d'éclampsie.*

Je fais appel au concours de mon excellent confrère et ami, le Dr Labusquière.

Peu après son arrivée, la malade a encore un nouvel accès éclamptique, mais très court. Mon confrère constate que la

dilatation est très suffisante pour qu'on intervienne sans retard avec le forceps.

Immédiatement, le chloroforme est administré jusqu'à résolution complète. La malade est mise en position obstétricale. L'application du forceps se fait sans difficulté ; la tête est encore haut placée, elle descend après des tractions prolongées et fatigantes. Je cède la place au D^r Labusquière qui, bientôt, dégage la tête et termine l'extraction de l'enfant. L'enfant est en état de mort apparente, et malgré tous nos soins, malgré l'insufflation, nous n'arrivons pas à le ranimer. Durant ces entrefaites, le D^r E. Lagelouze est venu nous donner sa très utile et très dévouée assistance. Immédiatement après l'extraction de cet enfant, au moment où je faisais des tentatives pour le ranimer, le D^r Labusquière, frappé du grand volume que conserve le ventre, a l'idée qu'il s'agit d'une grossesse gémellaire. Pratiquant le toucher, il constate, et nous constatons successivement la présence d'une poche des eaux et de petites parties au niveau de la symphyse.

J'introduis la main droite dans la cavité utérine, je perce la poche des eaux et je perçois un pied et une anse de cordon donnant la sensation de battements très nets. Je prends les deux pieds de l'enfant et je termine rapidement l'accouchement. Ce second enfant naît vivant.

Le premier enfant pesait 2 k. 400.

Le second pèse 2 k. 650.

Quant au délivre, qui était unique, il était énorme. Aussi, quoique décollé, et déjà en grande partie dans le vagin, son extraction fut assez lente. Malheureusement, la garde-malade qui comprit, au rebours, nos recommandations, s'empessa de le faire disparaître, et son poids n'a pu être pris.

L'accouchement est terminé vers 8 heures du matin.

Après la délivrance, la malade est replacée dans son lit. Une demi-heure après environ, nouvelle attaque d'éclampsie. On administre de nouveau le chloroforme, qu'on avait cessé depuis peu de temps. Lavement avec 4 gr. d'hydrate de chloral, dans 200 grammes de lait. Le soir, à neuf heures, on renouvelle ce lavement. Pour la journée, en cas de nouveaux accès, nous avons pris nos dispositions pour que l'un de nous trois restât auprès de la malade.

On sonde la malade. Urines épaisses, rares, chargées d'urates et contenant 12 grammes d'albumine pour 1000. Le lendemain, l'état général est meilleur, l'état comateux a cessé, pas de nouveaux accès convulsifs. La malade n'urine pas spontanément. Avec la sonde, on retire environ un litre d'urine (8 grammes % d'albumine). Le 3^e jour, 17 février, l'amélioration persiste, la malade demande à manger, mais on maintient le régime lacté absolu. Transpiration abondante, l'œdème malléolaire a disparu. Urines claires et abondantes (4 gr. % d'albumine).

18 février. — On doit encore sonder la malade, qui ne peut uriner seule (2 litres et demi). En chauffant ces urines, après addition de quelques gouttes d'acide nitrique, on obtient un léger trouble.

L'urine a toujours présenté une réaction franchement acide.

Le 22, la malade urine seule. Encore un léger nuage d'albumine.

Les jours suivants, l'albumine disparaît. Régime lacté mixte (3 litres de lait par jour, par égales quantités toutes les 2 heures). Deux fois par jour, on supprime le lait pour le remplacer à l'heure du déjeuner et du dîner par d'autres aliments.

Le second enfant se développe très bien.

Réflexions. — La signification pathologique de l'albuminurie étant subordonnée à sa durée, nous croyons avoir eu affaire dans ce cas à une albuminurie légère, transitoire, et non pas à une affection caractérisée anatomiquement par une altération rénale, à une maladie de Bright. L'albuminurie a présenté un caractère essentiellement transitoire; en grande quantité au moment de l'accouchement, elle n'a pas tardé à disparaître complètement quelques jours après; analysée à plusieurs reprises, l'urine a été trouvée normale. La primiparité, la longueur du travail et la présence de deux enfants, dont le poids total dépassait le chiffre de 5 kilogrammes, nous paraissent avoir joué le principal rôle dans l'apparition de l'albuminurie et des convulsions éclamptiques.

Quelques observations de fœtus mort nés. — M. CHARPENTIER. J'ai eu occasion d'observer, depuis deux mois, une série de faits, dans lesquels les enfants ont succombé dans des causes diverses, et quelques-unes de ces causes rentrant sous le chapitre des raretés scientifiques, j'ai cru utile de les communiquer à la Société.

1° Le 1^{er} fait nous est commun à M. Guéniot et à moi : il s'agit d'une jeune femme atteinte d'un rétrécissement du bassin, multipare dont voici sommairement l'histoire. 1^{er} enfant vivant, application de forceps assez difficile ; 2^o enfant application de forceps très pénible. Enfant mort, à la suite de fractures du crâne très probablement. 3^o grossesse. Nous décidons de provoquer l'accouchement à 8 mois. Nous employons le procédé de Krause, la sonde est mise en place le 18 janvier à 9 heures du soir. Le lendemain à 2 heures, dilatation presque complète. Présentation du sommet en OIGA. Poche des eaux intacte. Douleurs assez faibles depuis une heure, le travail a débuté dans la nuit vers 4 heures du matin. A 3 heures, le 19, la dilatation est complète, la poche des eaux intacte, mais la tête reste élevée, sans s'engager dans le bassin, et semble reportée du côté droit du détroit supérieur. Je romps les membranes dans l'intervalle de deux contractions. Malheureusement il se produit une pro-cidence du cordon. Je fais des tentatives infructueuses pour le réduire. Ne pouvant y arriver, j'introduis franchement ma main dans l'utérus, vais chercher les pieds de l'enfant et fais facilement la version. Fait particulier : l'introduction de ma main est suivie de l'écoulement d'une quantité assez considérable de sang. L'extraction de la tête présente quelques difficultés, et, fatigué par quelques tentatives inutiles, je prie M. Guéniot de me suppléer et de terminer l'extraction, ce qu'il fait, lui aussi, avec une certaine difficulté.

L'enfant né à demi-asphyxié, fait bientôt des efforts d'inspiration. Il a suffi de quelques frictions et d'un bain chaud. Il crie vigoureusement.

Il présente à l'angle droit de la lèvre et à la commissure une petite fissure de 1 à 2 millimètres d'étendue, peu profonde, par laquelle suinte une goutte de sang. Malgré tous nos efforts, compression, cautérisation, perchlorure de fer, rien n'a pu

arrêter ce suintement sanguin, qui a continué goutte à goutte, et l'enfant a succombé au bout de 24 heures.

Il y avait dans ce cas tendance hémorrhagique, hémophilie à laquelle le fœtus a succombé.

2° Le 2^e cas nous offre pour le fœtus une autre cause de mort. La mère est primipare, 20 ans, très vigoureuse. Le père petit, fort, trapu, 32 ans, vigoureux également. Grossesse normale, accouchement régulier.

A mon grand étonnement, car la femme était très grosse, et il y a eu peu de liquide amniotique, la malade accouche d'un enfant très petit, chétif, cyanosé, et qui reste cyanosé, malgré que la respiration soit régulière. Il y a lésion cardiaque, persistance du trou de Botal. L'enfant succombe au bout de 8 jours.

J'ai trouvé l'explication de ce vice de conformation dans l'état des parents. Ils sont cousins germains, c'est donc ici, la consanguinité qu'il faut accuser de la mort de l'enfant.

3° Ce fait est plus curieux, car il montre l'influence d'un état constitutionnel, même ancien, de la mère.

Il s'agit d'une femme de 32 ans, multipare. Il y a 7 ans, je l'ai accouchée pour la 1^{re} fois, à 7 mois, d'un enfant que j'ai pu élever, et qui a malheureusement succombé depuis à 4 ans, à une bronchite capillaire. La mère, désolée, devint dipsomane, et au bout de deux années, fut prise d'accidents qui furent considérés par MM. Vulpian et Ball comme des accidents de paralysie générale aiguë. M. le Dr Robin Albert, en distillant les urines, trouva dans ces urines une quantité d'alcool telle, qu'il conclut à de la paralysie purement alcoolique, et l'avenir confirma son diagnostic, car la malade est aujourd'hui guérie, et de sa paralysie et de son alcoolisme.

La guérison datait de 1 an quand elle devint enceinte. Je l'ai suivie pendant toute cette grossesse qui a été superbe. Aucun accident. Etat général parfait. 8 jours avant le terme, le palper et l'auscultation me font constater une droite postérieure. Cinq jours après l'examen, la malade cesse tout à coup de sentir remuer son enfant. J'ausculte sans trouver les battements du cœur. L'accouchement se fait 24 heures après spontanément, après un travail qui a duré 6 heures, et qui aurait été

plus rapide, si la réduction ne s'était pas fait un peu attendre.

L'enfant naît mort, présentant sur le corps quelques phlyctènes, et présentant un degré de macération peu avancée, qui correspond bien à l'époque à laquelle la mère a cessé de sentir ses mouvements actifs.

Ici, sans contredit, c'est l'alcoolisme maternel qui est la cause, et alors vient se poser une seconde question. Quand pourra-t-on permettre une nouvelle grossesse ? je serais heureux d'avoir l'avis de la Société.

4^e fait. — Il s'agit d'une jeune primipare. Aucun antécédent constitutionnel ni du côté de la femme, ni du côté du mari.

Dernière époque des règles, 23 juillet 1888. — Le 27 février 1889, c'est-à-dire à 7 mois, elle est prise brusquement de contractions utérines, et accouche en quelques heures en bloc (œuf intact), sans qu'aucun trouble dans la santé ait pu faire prévoir cet accident.

L'état général est resté si parfait, et la santé si bonne, que je n'ai vu que deux fois cette jeune femme avant son accident. Je n'ai donc pas eu occasion de l'examiner, sauf au mois de novembre, où elle ne présentait rien d'anormal. Elle m'a avoué depuis qu'une chose la préoccupait : c'était le peu de développement de son ventre ; mais, et elle insiste sur ce point, comme elle sentait remuer son enfant, elle ne s'en est pas préoccupée.

Or, c'est là un des points intéressants de cette observation, le fœtus qu'elle a expulsé, ou, pour mieux dire l'œuf, ne représente pas plus de 3 mois $1/2$ à 4 mois, tant par les dimensions du délivre que par celles du fœtus, qui est momifié, ratatiné, gris sale.

L'examen microscopique du délivre et du fœtus n'a fait découvrir aucune lésion appréciable, et en remontant dans les antécédents, je ne trouve pour expliquer la mort autre chose qu'un faux pas fait dans un escalier au mois de janvier, c'est-à-dire, six semaines avant l'accouchement. Or, le petit volume du fœtus indique que la mort devait remonter à une époque beaucoup plus lointaine. D'un autre côté, j'ai examiné cette jeune femme au mois de novembre et n'ai rien constaté d'anormal dans son état.

A quoi attribuer la mort du fœtus dans ce cas, à quelle époque faut-il la faire remonter ? Le délivre n'a présenté aucune lésion,

ni hémorrhagie, ni altération des villosités ; aucune lésion des membranes du fœtus. Pas de consanguinité, état de santé parfait des parents, donc rien. Voilà donc le 1^{er} point.

Le second est la rétention prolongée de ce fœtus mort, qui est ainsi resté près de 3 mois au moins dans la cavité utérine, sans déterminer le moindre trouble dans la santé de cette jeune femme. Il y a là un point intéressant, sur lequel je serais encore heureux d'avoir l'avis de mes collègues.

5^o Enfin, je pourrais rapprocher de ces faits un 5^e cas où j'ai été plus heureux, et où j'ai pu sauver l'enfant qui a été fort compromis un moment.

Il s'agit d'une multipare à terme. Accouchement normal. Position OIGA. Travail régulier. La tête était à la vulve quand la femme très nerveuse et très timorée, fut prise brusquement d'un grand frisson, avec ralentissement très notable du pouls, et tendance syncopale, qui dura près d'un quart d'heure. Au bout de ce temps, la femme revint à elle, et le travail reprit son cours. L'auscultation pratiquée n'indiquait aucun trouble du côté des battements du cœur fœtal. L'enfant fut alors expulsé en quelques douleurs. Il vint au monde un peu étonné et cria très fort, mais un râle trachéal très intense, indiquait qu'il avait avalé de nombreuses mucosités.

Malgré des tentatives réitérées d'extraction de ces membranes avec le doigt et avec le tube laryngien, le râle trachéal persista avec menace d'asphyxie, et tout ne rentra dans l'ordre qu'au bout de 6 à 7 heures, après l'administration d'un lavement purgatif et d'un vomitif. L'enfant a aujourd'hui 9 jours, et va très bien. Suites de couches excellentes pour la mère.

Tels sont les faits, Messieurs, ils m'ont paru intéressants. C'est pourquoi je les sou mets à votre appréciation. Dans le dernier cas, peut-être aurais-je dû avoir recours à une application de forceps, mais l'état de l'enfant ne l'indiquait pas, et c'est pourquoi je me suis abstenu. Je n'agirai plus de même en pareille circonstance.

M. PAJOT. — M. Charpentier, dans une de ses observations se sert du mot « *avalé* » ; l'enfant avait avalé beaucoup de mucosités ; cette expression ne me paraît pas tout à fait exacte dans le sens qu'on lui attribue ordinairement.

M. CHARPENTIER. — Le mot *avalé* n'est peut-être pas bien choisi, mais ce qui est certain, c'est que quand l'enfant souffre il fait des mouvements convulsifs d'inspiration, et par conséquent des mucosités peuvent s'introduire dans l'arbre aérien.

Du reste, après l'administration d'une dose d'ipéca, l'enfant a rendu une quantité énorme de mucosités.

M. GUÉNIOT. — Dans une observation, M. Charpentier attribue à l'alcoolisme la mort de l'enfant, mais bien des causes peuvent amener la mort du fœtus. — Ainsi, chez les syphilitiques, la faiblesse des parois vasculaires peuvent amener des hémorrhagies, l'apoplexie placentaire et la mort du fœtus peut s'en suivre. Si l'alcoolisme produit ce funeste résultat, cela doit être par un mécanisme analogue ; dans ces cas, il serait bon de vérifier s'il n'existe pas des altérations placentaires. — Mais, sans parler de ces lésions, la compression du cordon n'est-elle pas une cause assez fréquente de mort ; que le cordon soit compris entre le dos de l'enfant et la paroi utérine, que la femme porte un fardeau sur son ventre ou éprouve une compression forte, cela peut suffire à tuer le fœtus. L'atélectasie pulmonaire est une cause importante de la mort de l'enfant. Etant chef de clinique, j'avais réuni divers cas pour un travail sur ce sujet, lorsqu'en recherchant dans Valleix, je trouvai une description complète de ce que j'observais. — Dans ces circonstances, c'est l'autopsie qui seule peut vous expliquer la cause de la mort de l'enfant. J'admets donc l'alcoolisme ; mais d'autres causes peuvent exister, que l'on ignore si l'autopsie n'est pas pratiquée.

M. CHARPENTIER. — Pour le 2^me enfant, l'autopsie n'ayant pas été faite, je ne peux rien affirmer, mais j'ai examiné le délivre. Il m'a paru sain d'aspect, pas d'infarctus ni de plaques fibrineuses. J'ai donc rapporté aux antécédents la cause de la mort.

M. DUMONT-PALLIER. — Il serait très important d'établir s'il s'agit d'alcooliques et non d'ivrognesses ; bien des buveurs ne sont pas des alcooliques, ne présentent pas les lésions des alcooliques. — En outre, pendant la grossesse, la femme a des immunités, jouit d'une faculté de résistance étonnante. Les unes ne mangent pas, sans trop maigrir, et ont des enfants superbes ;

les autres ont des appétits bizarres, sans conséquence aucune. On a invoqué souvent la consanguinité ; or, chacun sait que chez les Israélites, on n'observe pas plus de fœtus morts ou de monstruosités que dans les familles où la consanguinité n'existe pas.

M. CHARPENTIER. — Je pourrais cependant citer certains faits où la consanguinité paraît avoir joué un rôle prépondérant.

M. PAJOT. — Chez les alcooliques, ou mieux chez les ivrognesses, la grossesse peut suivre son cours normal ; je me rappelle l'observation d'une femme qui était adonnée à la boisson. Devenue enceinte, vers le 4^e mois, son mari ferma les placards et la grossesse arriva à terme. — Au point de vue de la stérilité, il y a un élément qu'on a négligé un peu trop jusqu'à présent. Dans ces cas, il faut rechercher les qualités du sperme. — MM. Gosselin, Duplay ont examiné le sperme des vieillards et, ayant trouvé des spermatozoïdes, ont conclu que les vieillards pouvaient avoir des enfants ; or, la présence des spermatozoïdes ne suffit pas à mon avis ; il faut encore qu'ils soient en bon état de vigueur et doués de mouvements énergiques. J'ai été très étonné de voir des hommes de 40 à 45 ans, dont le sperme était semblable à celui des vieillards ; les spermatozoïdes petits, rares, se balançaient sur place. — J'ai soumis ces malades à un régime tonique, j'ai recommandé comme nourriture le poisson, et j'ai pu ainsi, chez deux hommes, l'un de Tunis, l'autre de Honfleur, redonner au sperme les qualités normales et le rendre fécond.

Dans le cas de fausses-couches, de monstruosités, etc., on pourrait donc examiner le sperme.

M. JOUIN. — J'ai dans ma clientèle une jeune femme mariée à son cousin germain, et qui, sans cause que je connaisse, a fait deux fois à 5 mois et à 4 mois des fausses-couches. — Dans ce cas, que doit-on penser des grossesses de l'avenir ?

M. PAJOT. — Avant de se prononcer, il faut examiner le sperme.

M. LABUSQUIÈRE. — Dans le cas de la femme alcoolique, du moment que la grossesse a été normale, que l'enfant est venu

bien développé, qu'il paraît en conséquence avoir succombé d'une manière plutôt fortuite, sans avoir préalablement souffert, on peut, avec M. Guéniot, et en l'absence d'autopsie, supposer que la cause de la mort de l'enfant n'est pas due à l'alcoolisme de la mère, mais à l'une quelconque des circonstances multiples que M. Guéniot a indiquées.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 11 avril 1889.

Présidence de M. le D^r POLAILLON.

SOMMAIRE. — A propos du procès-verbal de la séance précédente, M. Doléris demande que la lettre que M. POLAILLON lui a écrite, et dans laquelle il relate le fait auquel M. le Prof. PAJOT voulait faire allusion dans sa réponse, soit déposée aux archives de la Société. (Adopté). — La correspondance imprimée comprend : un n^o des *Annales d'Orthopédie, La Revue de Gynécologie*, divers travaux du D^r MISRACHI, de Salonique; les *Transactions* de la Société Obstétricale de Londres, n^{os} de nov. et déc. 1888. — La correspondance manuscrite comprend une lettre de la Société Obstétricale de Londres accusant réception des bulletins; une lettre de M. Daix, imprimeur des bulletins.

M. DOLÉRIS donne connaissance d'une lettre du docteur Bossi, professeur à Gênes, qui désire savoir si un Congrès de Gynécologie se tiendra à Paris pendant l'Exposition. La Société pense-t-elle qu'on doive soulever à nouveau cette question ?

M. POLAILLON rappelle que cette question a été déjà examinée, qu'il ne paraît pas y avoir un grand intérêt pour la Société à organiser un Congrès; que la seule chose pratique sera, si besoin est, de multiplier les séances en juin et juillet.

M. DOLÉRIS. — Quelques points spéciaux de la technique des opérations plastiques sur le vagin et la vulve. — Technique de l'Avivement.

Il existe un certain nombre de procédés usités par les chirurgiens, pour obtenir une surface avivée, nette, le plus possible exsangue, et susceptible de réunion constante par première intention, lorsqu'il s'agit de pratiquer la *colporrhaphie*.

1° La plus employée en France, celle dont j'ai usé presque exclusivement dans mes opérations de début, consiste à circonscrire la surface d'avivement par des traits au bistouri, et à disséquer ensuite la muqueuse du vagin, en s'aidant de la pince et du couteau.

Même quand on a soin d'abaisser le col de l'utérus, et de tendre les angles de la surface à aviver au moyen de fils ou de pinces à griffes, ce procédé est long, malaisé, favorise l'écoulement d'une quantité de sang assez considérable, et oblige souvent le chirurgien à restreindre son champ opératoire.

Si, pour obéir aux indications thérapeutiques, il veut disséquer une aire d'avivement suffisamment étendue, s'il lui faut disséquer profondément sur les côtés ou dans la profondeur du vagin, l'opération se complique et se prolonge d'autant. Le plus souvent la surface dénudée est irrégulière, demande des retouches, et la régularité même de la suture en souffre.

2° Un autre procédé, employé encore en Amérique, et par quelques gynécologues anglais, consiste à pratiquer l'avivement avec des ciseaux coudés. Il s'applique généralement à la *colpopérinéorrhaphie postérieure*. On jalonne sur les côtés de la vulve et à égale hauteur, les points extrêmes de la base d'avivement, dont la figure est généralement triangulaire, à sommet profond, répondant au vagin, et à base externe répondant à la fourchette. La pince saisit un pli de la muqueuse sur la commissure même de la vulve, et les ciseaux découpent de droite à gauche une première lanière, de deux à trois millimètres de largeur, et d'une longueur égale à la base du triangle d'avivement, jalonné par deux pinces ou deux petites incisions. Les ciseaux reviennent ensuite en coupant de gauche à droite, retournent de droite à gauche, et ainsi de suite, en décrivant des lacets, et emportant chaque fois un pli transversal de la muqueuse du vagin, représenté par une bandelette de tissu de moins en moins longue, au fur et à mesure que l'on se rapproche du sommet du triangle d'avivement.

Ce procédé est plus rapide que le premier, mais nécessite néanmoins un instrument spécial, et une habitude considérable de la part de l'opérateur.

La principale difficulté consiste dans le fait de découper les bandes de muqueuse, en allant de gauche à droite. Il

faut alors, nécessairement, ou tenir les ciseaux de la main gauche, ou agir de la main droite renversée, posture singulièrement incommode au début. Néanmoins, je l'ai vu exécuter très habilement par quelques chirurgiens américains, en particulier à la clinique gynécologique privée de Boston.

J'ajoute qu'il me paraît difficile à appliquer à la paroi antérieure du vagin, et que dans tous les cas, on ne peut, par ce moyen, agir que sur une aire d'avivement peu étendue, à cause de la nécessité de tenir constamment le champ opératoire à l'air libre, et très rapproché de la main qui opère. L'avivement dans la profondeur est impossible.

3°) — Dans un de mes premiers voyages en Allemagne, il y a quatre ans, j'ai vu pratiquer la colporrhaphie au moyen du décollement de la muqueuse vaginale, obtenu par arrachement de cette muqueuse.

J'eus la première occasion d'apprendre ce procédé dans la clinique du professeur Schröder. Schröder et ses assistants en usaient exclusivement. Le voici en deux mots.

Pour la colpopérinéorrhaphie postérieure, on introduit deux doigts de la main gauche dans le rectum, et on attire en dehors le plus possible de la paroi recto-vaginale, de façon à étaler la surface à aviver. Le pouce, resté à l'extérieur et appliqué sur la fourchette, aide à ce mouvement. On dessine alors le triangle d'avivement dont j'ai parlé tout à l'heure, par deux traits au bistouri. Il importe que ces deux incisions intéressent toute l'épaisseur de la muqueuse. On décolle alors légèrement l'extrémité profonde du triangle, de façon à obtenir une languette détachée, que l'on saisit entre l'index et le pouce de la main droite et on tire, de façon à décoller violemment la paroi vaginale de la paroi rectale.

Je ne saurais mieux comparer cette façon de dépouiller le vagin, qu'à l'action d'une personne qui retire son gant, ou d'une cuisinière qui dépouille un lapin.

L'opération est quelquefois facile, lorsqu'il existe une grande laxité de la cloison recto-vaginale, et que les deux conduits normalement juxtaposés, ont été préalablement désunis par un processus traumatique ou inflammatoire, comme cela arrive dans le cas de *procidence* isolée de la paroi postérieure du vagin.

Mais si la procidence s'est faite au dépens du vagin et du

rectum simultanément, si, en un mot, il y a non point décollement des deux parois, mais rectocèle véritable, ce procédé n'est pas aussi commode, que pourraient se l'imaginer ceux qui n'en ont qu'une expérience limitée.

L'existence de cicatrices rend le décollement plus difficile encore, et la nécessité de tracer préalablement, par des incisions, les limites de l'avivement, en font une méthode qui exige encore une certaine durée. Enfin, elle n'est pas applicable à la paroi antérieure du vagin, dans le cas de colporrhaphie antérieure.

4° Il y a un vieux procédé qui consiste à agir par pincement et traction sur la muqueuse, de façon à dédoubler la cloison, et à sectionner transversalement le pli longitudinal du vagin ainsi formé, en s'aidant, ou non, d'une pince, pour saisir le pli à sa base, et limiter la section.

Avec ce moyen, on n'obtient que des surfaces avivées très restreintes. Il faut en augmenter ensuite l'étendue, et l'opération se complique d'autant; ou bien, si l'on se contente de l'aire ainsi obtenue, on fait le plus souvent des opérations inutiles. Ce sont des colporrhaphies *pour rire*, qui manquent totalement leur but pratique. C'est ce que j'ai déjà dit de l'opération au bistouri.

Procédés de l'auteur.

5° J'ai souvent usé, pour mes opérations, d'un procédé applicable à la paroi antérieure et à la paroi postérieure du vagin.

Colporrhaphie antérieure.

Je fais fixer au moyen d'un fil ou d'une pince maintenue par un aide, un pli de muqueuse répondant à la limite extrême de l'avivement. Si la colporrhaphie doit intéresser le segment antérieur du vagin, cette limite est plus ou moins rapprochée du méat urinaire; mais je puis dire incidemment, que rarement, et à moins d'uréthrocèle, on a besoin de toucher à la portion extérieure du vagin, la consolidation du plancher pelvien devant surtout porter sur la région profonde, correspondant au bas-fond de la vessie. On fixe donc un point déterminé de la colonne antérieure du vagin, et on pratique à ce niveau une incision

transversale de deux à trois centimètres d'étendue. L'incision sera légèrement concave vers le vagin. On saisit avec une pince la lèvre postérieure de l'incision, celle qui répond au sens de l'avivement, et on la décolle légèrement avec deux ou trois traits transversaux au bistouri. On remplace alors le bistouri par l'extrémité large d'une spatule, et on creuse très aisément une sorte de gousset, résultant du décollement de la paroi du vagin.

On remplace alors la spatule par l'index d'une main, puis par les deux index juxtaposés, qui travaillent de concert à décoller le vagin aussi loin vers le col, et aussi loin transversalement, que la chose est jugée nécessaire. Une à deux minutes suffisent à ce résultat. Je puis, en aussi peu de temps, obtenir un décollement allant presque sur le museau de tanche, et je n'ai qu'un écoulement de sang insignifiant, grâce à la suppression du bistouri et des ciseaux, autant qu'à la rapidité d'exécution.

Il ne reste plus qu'à tracer les limites de l'avivement ainsi opéré. Cette manière de faire renverse les plans anciens, et je la trouve préférable, car on apprécie mieux, quelle doit être l'étendue de la zone à supprimer, et on décide mieux de la forme à donner à l'avivement, une fois que l'on a pour ainsi dire la matière de la lésion en sa possession.

J'ai l'habitude de détacher le lambeau supprimé par trois coups de ciseaux ; deux longitudinaux dans le sens du vagin, et un transversal, assez prolongé sur les côtés, passant à la base du museau de tanche. Mon avivement a alors une forme trapézoïde qui me paraît répondre mieux à la réalisation du résultat à obtenir. Ce trapèze régulier a sa petite base à la vulve, et sa grande base au col. La façon dont je place alors les sutures (voir *technique* des sutures) m'assure d'un rétrécissement certain du cul-de-sac du vagin ; ce qui répond à mon plan.

On peut agir différemment, si l'on veut n'abattre que progressivement le lambeau décollé condamné à l'ablation. On place alors les premières sutures, et on n'isole le lambeau qu'au fur et à mesure, par de petits coups de ciseaux, qui n'intéressent que deux ou trois centimètres des lignes de section latérale.

La figure A montre l'action des doigts introduits dans l'espace de gousset formé par le décollement de la muqueuse.

La figure B représente un type d'avivement obtenu par ce moyen. Mais la disposition, la forme et l'étendue de la surface

avivée sont à la disposition absolue de l'opérateur, qui mesure la réparation plastique aux délabrements existants.

Colporrhaphie postérieure et colpopérinéorrhaphie.

Le procédé est calqué sur la technique décrite pour la paroi antérieure du vagin, sauf que l'incision de départ commence au col, et permet de diriger le décollement du cul-de-sac vaginal vers la vulve.

Le col utérin est attiré en haut et en dehors autant que la laxité des tissus le permet, et maintenu solidement par un aide, au moyen d'un gros fil de soie ou de pinces appropriées.

L'opérateur jalonne à sa guise, sur l'étendue de la paroi postérieure, les deux lignes latérales de l'avivement au moyen d'anses de fil de soie, de pinces ou de petites griffes, que j'ai fait construire pour cet usage.

S'il s'agit d'une colpopérinéorrhaphie, deux pinces jalonnent les deux points symétriquement disposés sur les bords latéraux de la vulve pour marquer la hauteur de l'avivement vulvo-périnéal (*fig. 7*).

Ces repères peuvent être supprimés sans grand dommage dans le procédé que je décris ; car l'avivement se faisant par étages pour ainsi dire, il suffira de jalonner les deux points extrêmes de l'aire d'avivement situé le plus profondément, dans l'espèce, l'aire immédiatement recto-cervicale.

L'incision curviligne permet d'ouvrir la boutonnière transversale de départ, et d'agir successivement de la spatule et des doigts. Lorsque le décollement est amené assez loin, deux coups de ciseaux latéraux abattent le lambeau, qui retombe comme un tablier, et qui servira de guide pour prolonger le décollement, de la profondeur vers la vulve.

On peut aussi procéder par aires successives, sur lesquelles on place des sutures de soie au fur et à mesure, ce qui est fort avantageux pour l'hémostase, à moins qu'on ne préfère user du fil de catgut disposé en étages, ce qui exige l'avivement complet préalable (*Voir plus loin sutures*).

Les tractions sur le col deviennent inutiles dès que les premières sutures sont disposées ; le dernier fil placé servant toujours de jalon médian profond.

Je n'ai pas besoin de dire, que lorsque le décollement a été conduit près de l'orifice vulvaire, l'opérateur est souvent obligé de libérer par quelques traits de bistouri les parties cicatricielles correspondant à l'ancien périnée lacéré et réparé vicieusement.

Ma méthode ne comporte rien de spécial quant à la technique de la *périnéorrhaphie*, considérée comme opération complémentaire des procédés ordinaires de *colporrhaphie*.

B. — Suture.

Je ne veux pas développer ici largement les arguments qui me font réserver la suture continue au catgut pour des cas spéciaux, et me la font rejeter absolument dans la colporrhaphie antérieure. Je désire faire ressortir deux points seulement.

1° La valeur des points verticaux de soutien dans la suture *en échelle*.

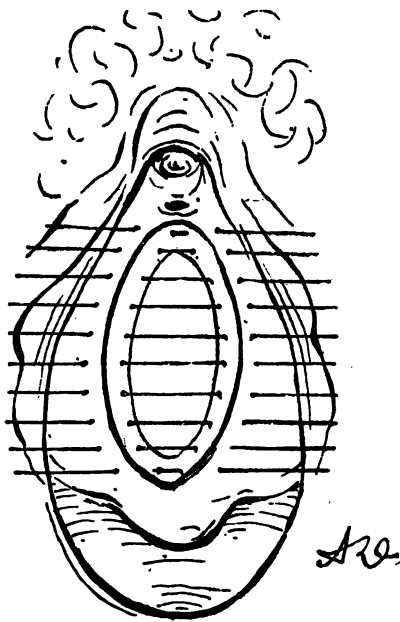


Fig. 1. — Avivement et placement des fils horizontaux

Ces points sont destinés à renforcer la résistance des bords de la plaie contre la tendance habituelle des points horizontaux à sectionner les tissus. Ce sont autant de crampons ou sutures

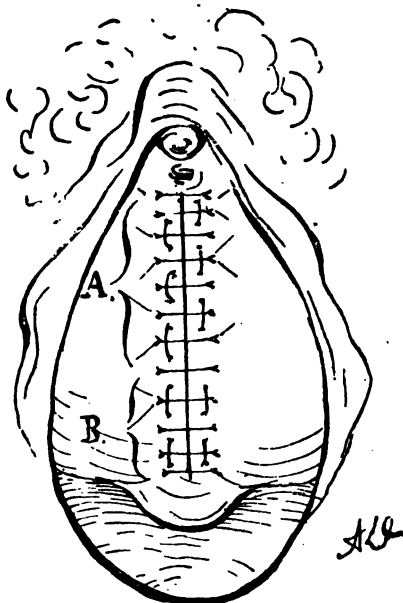


Fig. 2.— Placement des fils verticaux.

d'appui, scellés dans la paroi vaginale, et destinés à retenir l'anse des sutures horizontales. Les figures 1, 2, 3 montrent bien le rôle de ces sutures accessoires, et la disposition générale

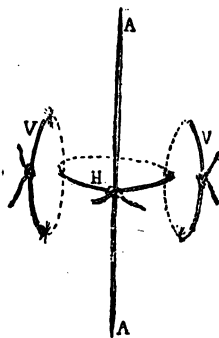


Fig. 3.— Disposition de deux anses croisées.

des fils explique le nom de suture en claie que je lui ai appliqué.

Cette disposition dont j'ai usé dans la réparation d'une large fistule vésico-vaginale, ainsi que le montre la fig. 1, est bonne à utiliser dans la colporrhaphie antérieure, et spécialement partout où l'on redoute une tension exagérée des tissus, par conséquent, là où leur section par les fils habituels est à craindre.

2° Le placement des fils dans le procédé que j'emploie pour la colporrhaphie profonde, où l'avivement est limité à la région des culs-de-sac, est indiqué dans les figures 4 et 5.

On y voit (fig. 4) que chaque corne du triangle d'avivement est suturée isolément.

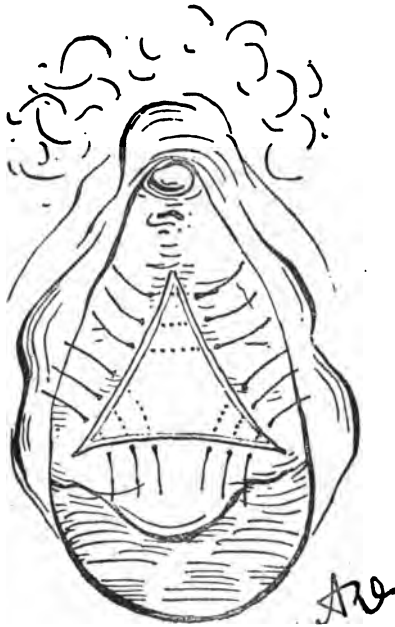


Fig. 4. — Avivement et placement des 3 groupes de fils.

(Fig. 5). On voit que l'espace central qui persiste lorsque les fils des angles sont serrés, est cerné par un fil circulaire, qui ferme cet espace par le procédé de la suture en bourse.

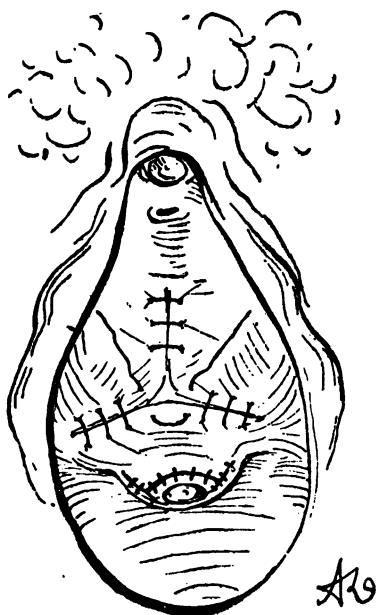


Fig. 5.— Sutures en place, point central en bourse. Amputation biconique du col.

C. — Colpopérinéoplastie par glissement.

Ces procédés anciens de *périnéorrhaphie* sont assez connus, pour que je ne m'attache pas à les rappeler.

Les plus réputés aujourd'hui sont les plus simples. Celui d'Emmet, dont tout gynécologue a une expérience étendue, est usité assez généralement.

L. Tait, avec son grand amour de la rapidité opératoire, a imaginé disent les uns, remis en honneur disent les autres, une méthode dont la simplicité et la rapide exécution, ne compensent pas l'insuffisance dans bien des cas.

Refaire un périnée épais, résistant et efficace dans ses différentes fonctions, tel est le problème à résoudre.

Or le problème ne me semble pas résolu avec le procédé du chirurgien de Birmingham, même lorsqu'on y ajoute la colporrhaphie.

Il suffit de se rappeler que la rupture du périnée, non réunie, aboutit à la formation d'une cicatrice étalée, plus ou moins épaisse, qui réduit la masse musculaire.

L'opération dite de *Tait*, consiste à dessiner, en deux coups des anciens ciseaux coudés de Roux (qui changent de nom suivant les pays et les opérateurs) une incision bilatérale, suivant la commissure postérieure de la vulve à l'union de la peau et de la muqueuse ; le chirurgien ayant soin de faire porter la section profondément, et d'avant en arrière dans l'épaisseur du périnée, comme pour dédoubler le tissu cicatriciel qui attirait la paroi vaginale vers l'intérieur.

En principe, les cas auxquels s'applique la périnéorrhaphie pratiquée seule, sans colporrhaphie, sont rares, si on opère quelque temps après le traumatisme, car il s'agit d'éviter l'aire des déplacements des viscères, et il est rare qu'il n'y ait point un certain degré de colpocèle.

Le procédé d'Emmet est assez simple, mais n'est applicable qu'à la restauration du périnée.

Le procédé de Tait, de même que le procédé classique de Thomas, donne l'illusion d'une opération avantageuse. Ils permettent de fabriquer une sorte d'opercule incomplet, obturant la demi-lumière inférieure de l'orifice vulvaire. C'est une valve semi-lunaire, obtenue par l'accolement des rebords de la vulve, vulve mince, faible, et souvent insuffisante pour jouer le rôle de soutien extérieur du plancher pelvien. Le soutien périnéal disparu ne se trouve point reconstitué, même d'une manière factice. En arrière de cette vulve, se retrouve généralement un sinus plus ou moins profond. L'opération de Tait a ce défaut, d'augmenter encore les parois surabondantes postérieures du vagin, que l'on voit fermes et valloneuses (rectocèle) comme auparavant.

On peut à la vérité compléter de telles opérations par la colporrhaphie postérieure pratiquée isolément, ou ajoutée à la périnéorrhaphie, de diverses manières.

Sans entrer dans la critique des diverses méthodes dont j'ai acquis une expérience assez étendue, je pense être d'accord avec la plupart des chirurgiens exercés à ces sortes d'opérations, en disant que les principaux défauts de la colpopérinéorrhaphie

ordinaire résultent : 1° De la longue durée de l'avivement qui doit aller du col utérin à la vulve.

2° Du placement de fils très nombreux.

3° Du retrait malaisé de ces fils, qui nécessite, ou bien une seule séance très longue et assez pénible pour la malade, ou bien des séances plus courtes et suffisamment répétées.

4° Enfin, si bien qu'aient été pratiqués l'avivement et les sutures, il arrive parfois que quelque fil coupe les tissus, ou que quelque point irrite le bord de la plaie ; d'où de petites surfaces désunies, d'où des bourgeons exubérants sur le trajet de la ligne de réunion. Circonstances insignifiantes, mais enfin bonnes à signaler, et en tout cas, nécessitant des soins et des pansements plus assidus et plus longtemps prolongés.

On pourrait m'objecter que la suture au catgut en étages obvie à la plupart de ces inconvénients ; mais je ne suis pas convaincu, par ma pratique, de la valeur de cette objection, et je pense que toute restauration sérieuse du vagin et du périnée, gagne à être faite avec des fils résistants.

Le procédé que j'ai mis à exécution plusieurs fois avec succès, et que je propose sous le nom de *colpopérinéoplastie par glissement*, n'a point jusqu'ici d'analogue. Il est l'inverse de tous les autres procédés, et, contrairement à la pratique de Tait, qui relâche le vagin, il réalise au contraire la restauration d'une sangle élytro-périnéale tendue et solide, épaisse surtout au niveau du périnée, et capable de doubler efficacement le plancher pelvien, grâce à la juxtaposition exacte de la paroi vaginale postérieure à l'antérieure. Les observations ci-après montreront la valeur des résultats obtenus.

Quant à la description du procédé je renvoie les différents temps à la série des figures annexées à cette note.

La figure 6 montre la *colpocèle* compliquant une absence presque totale du périnée, réduit à une aire cicatricielle périnéale.

Le *premier temps* opératoire consiste à tracer une incision courbe à la limite de la peau et de la muqueuse. Cette incision qui va de A à B est faite assez profondément à l'aide du bistouri. Il est prudent de jalonner les deux points extrêmes A et B avec des pinces tenues par deux aides.

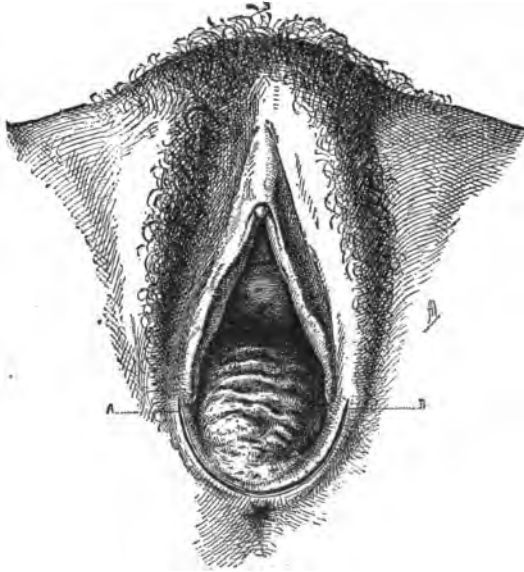


Fig. 6. — 1^{er} temps : Incision demi-circulaire contournant la commissure postérieure de la vulve à l'union de la peau et de la muqueuse, de A. en B.

La figure 7 montre la réalisation du deuxième et du troisième temps : dédoublement de la cloison recto-vaginale et placement des sutures.

2^e temps. — La lèvre supérieure, muqueuse, de l'incision, est légèrement disséquée à l'aide de quelques coups de bistouri dirigés prudemment sur les adhérences cicatricielles qui remplacent le corps périnéal détruit. Cette lèvre est ensuite saisie en D, et relevée au moyen d'une pince ou d'une érigne.

Dès lors, et une fois que l'opérateur est certain d'avoir libéré les adhérences cicatricielles complètement, il ne se sert plus que de l'index de la main gauche, qui s'engage lentement, en fouillant les tissus, et sépare la paroi vaginale de la paroi rectale. Cette séparation est portée jusqu'au point destiné à limiter la perte de substance que doit subir la paroi vaginale.

Or, il est bon d'indiquer déjà que le but de l'opération est d'attirer la paroi vaginale exubérante au dehors de la vulve, de façon à affronter un point propice de cette paroi avec le rebord

cutané de l'incision première, et à réséquer ensuite le lambeau qui dépasse.

L'affrontement s'opère grâce au placement spécial des sutures ; trois fils suffisent. Je choisis de préférence du gros crin de Florence monté sur des aiguilles courbes.

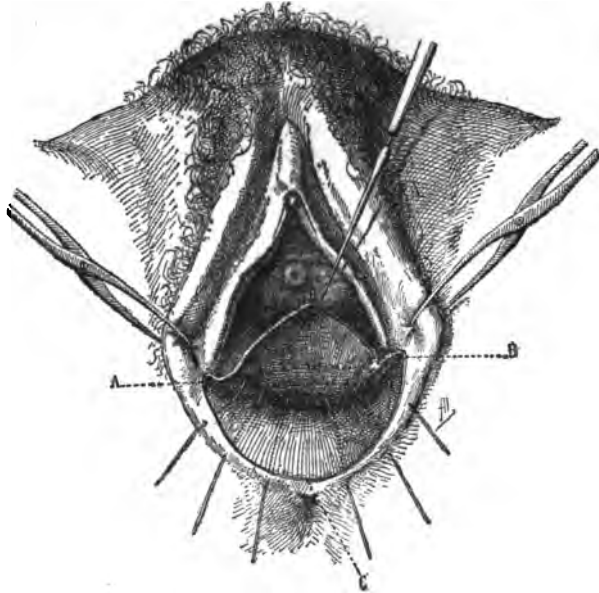


Fig. 7.— 2^e et 3^e temps : Décollement au bistouri et au moyen des doigts, d'un lambeau vaginal A. B. D, aussi profondément que cela est nécessaire.

Placement des 3 fils destinés à ramener par traction et glissement la face profonde du lambeau triangulaire au contact de la lèvre cutanée de l'incision première.

Le premier fil est le plus médian. L'aiguille pénètre latéralement à gauche de l'anus, chemine profondément dans les tissus, et vient accrocher le lambeau vaginal tout près du point extrême du décollement.

Pour cela, l'aiguille qui a pénétré dans le vagin, suit, pour sortir, un chemin inverse, qui la ramène sur le côté droit de l'anus.

On peut se dispenser de pénétrer dans le vagin, et se contenter d'accrocher la face profonde du lambeau vaginal.

Comme la figure le montre, l'anse du premier fil, une fois celui-ci serré, doit ramener la paroi vaginale vers la commissure vulvaire, en même temps qu'il sert à affronter les rebords opposés de la lèvre cutanée de l'incision. (Voir figure 8 l'effet produit une fois les fils posés.)

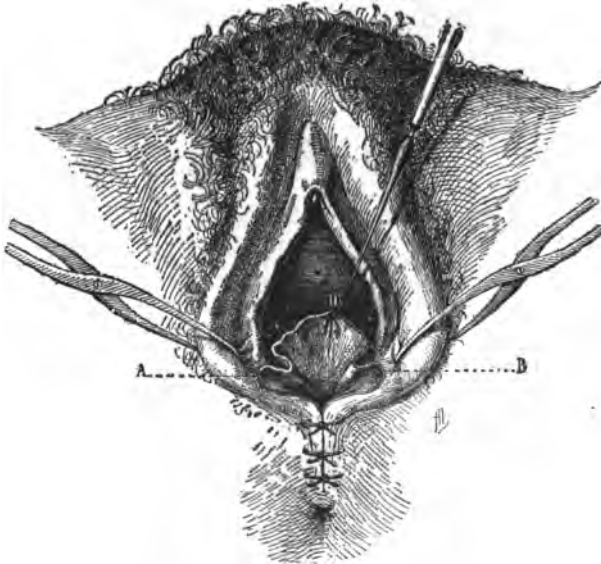


Fig. 8.— 4^e temps : Les fils étant serrés, le lambeau A. B. D. à réséquer sur le trajet de la ligne A. B.

Le deuxième fil est placé d'une façon analogue, et un peu plus en dehors.

La troisième suture est appliquée de même.

4^e temps. — La figure 8 montre les sutures achevées. Il reste à réséquer le lambeau A B D, qui représente l'excédent de paroi vaginale à retrancher. Ce lambeau a assez bien l'aspect de la forme d'une épiglotte. L'ablation en est opérée aux ciseaux, ou au bistouri, de par une section transversale de A en B.

La figure 9 montre les parties après l'ablation du lambeau.

5^e temps. — L'opérateur a maintenant le choix : il peut réunir d'un bout à l'autre par une suture continue les deux lèvres muqueuse et cutanée de la plaie transversalement oblongue A B

ainsi obtenue ; on continue la suture au crin à points séparés jusqu'au bout, pour appliquer les surfaces opposées de l'avivement.

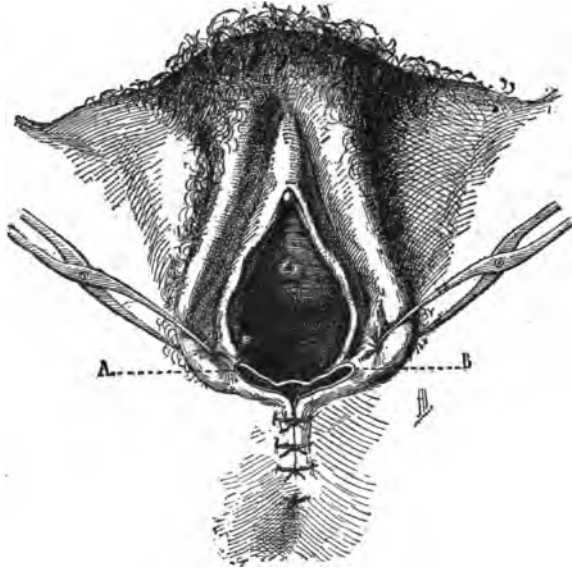


Fig. 9.— 5^e temps : La section du lambeau étant opérée, les deux oreilles cruentées latérales sont juxtaposées et maintenues par deux sutures.

La figure 10 montre ce dernier plan réalisé.

J'ai pratiqué plusieurs fois ce mode de périnéoplastie avec un très bon résultat. Ma première opération de ce genre date d'un an. Ma dernière date de dix jours.

L'expérience des cas les plus anciens m'a montré, que le plan périnéo-vaginal ainsi obtenu était solide, épais, et que la direction courbe en haut, était très favorable à la contention efficace des organes, et au soutien du plancher du bassin. C'est le principal.

La simplicité opératoire, la rapidité d'exécution, la possibilité de laisser le vagin à l'abri du contact des fils, et la suppression de la suture vaginale de la colporrhaphie ordinaire, sont des avantages que chacun appréciera. Je ne serais pas d'avis d'appliquer ce procédé à tous les cas, particulièrement à ceux dans

lesquels le col utérin est très rapproché de la symphyse, par un affaissement marqué du plancher supérieur du bassin. Il s'applique mieux à la colpocèle coïncidant avec une certaine conservation du niveau normal de l'utérus.

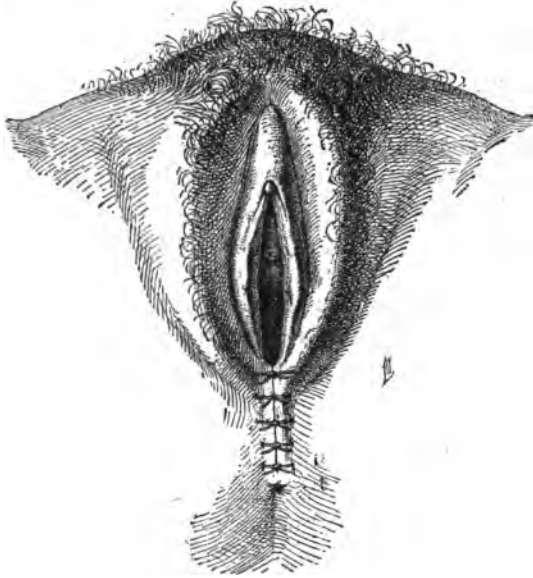


Fig. 10.— Les cinq sutures sont serrées ; la vulve, le périnée présentent l'apparence qu'ils sont destinés à conserver. Tous les fils sont extérieurs.

On peut juger qu'en somme, il peut réaliser une opération idéale, là où une simple périnéorrhaphie est jugée nécessaire, car il est une espèce de périnéorrhaphie à large avivement. La traction s'opère, en effet, dans mon procédé, comme elle s'opère dans le procédé de périnéorrhaphie superficielle d'Emmet, c'est-à-dire, d'avant en arrière, ou mieux, de bas en haut, tandis qu'elle s'opère d'un côté à l'autre dans la colporrhaphie ordinaire.

L'opération usuelle allonge le vagin, et le tend en le rétrécissant, tandis que mon opération diminue la longueur de la paroi qu'elle tend en la raccourcissant. Les fils doivent être modérément serrés. On peut, si on veut, faire usage de tubes de Galli.

Les sutures sont enlevées le neuvième et le dixième jour.

Jusque là, le vagin est garni de gaze iodoformée, et le plan des sutures périnéales est recouvert de poudre d'iodoforme.

Modification de la technique de l'opération d'Alexander.

Je ne partage nullement l'opinion des chirurgiens qui semblent avoir pris à tâche de discréditer le raccourcissement des ligaments ronds.

Depuis 1886, je me suis efforcé de faire ressortir que le tort était de n'envisager qu'un élément secondaire, dans une question qui mérite d'être mieux étudiée. Toute déviation utérine, prolapsus ou rétroversion, etc., est une résultante de lésions multiples presque toujours. Prétendre répondre à la multiplicité des lésions pathogéniques des déviations, par une opération unique, ayant pour but de mettre l'utérus en antéversion, est une illusion dont les faits, les raisonnements et la discussion ont déjà fait justice.

Associé, au contraire, à la série des restaurations opératoires nécessitées par le complexe pathologique de la rétro-dévation, le raccourcissement des ligaments ronds devient un élément thérapeutique de première importance, et d'une utilité incontestable.

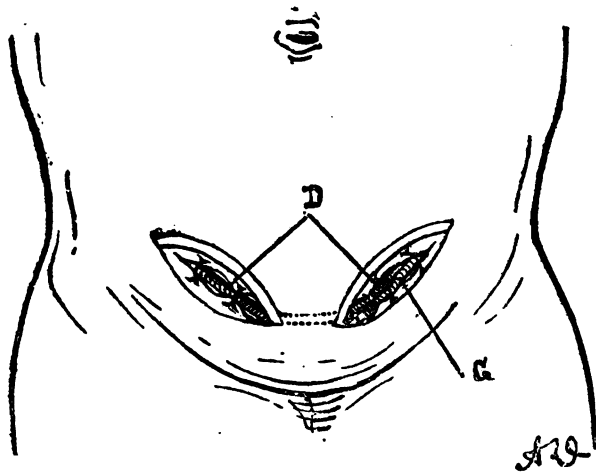


Fig. 11. — Raccourcissement des ligaments ronds, suture des extrémités sectionnées des ligaments.

J'ai opéré plus de cinquante malades. Plus je vais, et plus je me plais à reconnaître la valeur de l'opération diversement combinée, telle que je l'ai exposée et discutée longuement au Congrès gynécologique Américain, à New-York, en septembre 1887. (Voir *Transactions Society of the Am. Gynecol.*, 1887.)

La modification actuelle consiste à réunir les ligaments ronds l'un à l'autre par des sutures, grâce à l'ouverture d'un trajet sous-cutané pratiqué par transfixion, et réunissant les plaies inguinales. (*Fig. 11.*)

A la faveur de ce procédé, des ligaments ronds, même faibles, sont suffisamment assujettis pour assurer le maintien de l'utérus en antéversion.

Hystéropexie. — Méthode mixte de suture de l'utérus à la paroi abdominale.

J'ai pratiqué cette opération en simplifiant notablement le manuel, et en assurant la fixité de l'utérus.

Outre les sutures destinées à réunir la paroi antérieure et le fond de l'organe à la paroi abdominale, j'insère, entre les lèvres de la plaie, les ligaments ronds et les trompes, saisies et attirées par un lien qui ressort à l'extérieur. Le mode de fixation est donc doublement assuré, par l'adhérence utéro-péritonéale d'une part, et par le pédicule *tubo-ligamentaire* inséré entre les parois abdominales. Toutes les sutures sont faites au crin de Florence, et fixées extérieurement. Elles sont enlevées au bout de dix à douze jours. Aucun lien résorbable n'est utilisé dans ce procédé.

Les résultats opératoires en sont excellents ; mais les résultats thérapeutiques de l'opération considérée à un point de vue général, sont aisés à critiquer.

1° En principe, l'hystéropexie suspend la matrice à la paroi abdominale, grâce à une adhérence pathologique.

2° Elle ne change rien au reste des lésions.

3° Le placement d'un pessaire n'est guère possible, en raison de la cystocèle exagérée.

4° Si l'on cesse de soutenir la matrice par un tamponnement vaginal serré, il se produit des tractions pénibles et douloureuses, pires que les symptômes de la maladie antérieure.

5° La stérilité paraît être la conséquence nécessaire de cette opération.

6° Il est à croire que la grossesse, si elle venait à se produire, en tirant sur les adhérences, détruirait l'effet obtenu.

7° Enfin, il n'est pas nécessaire de confier à une adhérence anormale, ce que l'on peut obtenir aisément par le raccourcissement des ligaments antérieurs de l'utérus, qui sont les véritables agents physiologiques de l'antéversion, seule attitude nécessaire à réaliser pour la guérison des rétro-déviation, et qui réponde directement à cet élément pathologique spécial, dans l'ensemble complexe des troubles mécaniques.

Colpopérinéoplastie.

Discussion. — M. TERRILLON. — L'opération de colpopérinéoplastie que vient de décrire M. Doléris, me paraît se rapprocher beaucoup de celle d'Emmet ; sauf l'avivement qu'il fait par décollement, tout le reste de l'opération se pratique comme Emmet l'a indiqué ; la disposition des fils est la même, — pourquoi ne pas enlever de suite le lambeau décollé ?

M. DOLÉRIS. — La suture est comparable en effet dans les deux procédés. Mais je ferai d'abord remarquer, que mon opération est surtout une *colpoplastie*, et non une périnéorrhaphie. Le point important pour moi, est la façon rapide et facile dont s'opère le décollement, que je poursuis très profondément, à dix et douze centimètres ; je peux obtenir un vaste lambeau sans difficulté ; cela me permet de tendre la paroi vaginale, et mon procédé, de ce fait, évite les sutures dans l'intérieur du vagin.

M. POLAILLON. — Le procédé de M. Doléris ressemble beaucoup au procédé que j'ai fait connaître en 1885 dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*. Je faisais l'avivement en pratiquant une incision circulaire au niveau de la jonction de la muqueuse et de la peau ; je décollais ensuite le lambeau supérieur, et pratiquais la suture d'Emmet. Je ne résèque pas le lambeau supérieur, je réunis simplement les deux surfaces cruentées, et quand la cicatrisation est obtenue, il se forme par rétraction du tissu, une sorte de colonne postérieure du vagin.

M. DOLÉRIS. — Le procédé de M. Polaillon, fort proche de celui de Tait, est encore un procédé de périnéorrhaphie et non de

colpoplastie. Le lambeau qu'il laisse libre, je le supprime. En outre, je tends les tissus, alors qu'il les relâche.

M. POLAILLON. — Je dois observer que dans le cas de cystocèle, le décollement avec les doigts de la muqueuse vaginale du bas-fond de la vessie n'est pas facile, et peut être dangereux.

M. DOLÉRIS. — Je n'ai pas rencontré jusqu'à présent d'amin-cissement tel qu'une rupture fut à craindre, et j'ai fait un grand nombre de ces décollements.

Hystérectomie abdominale pour tumeurs malignes du corps de l'utérus, par le D^r TERRILLON. — Lorsque le chirurgien se trouve en présence d'une affection maligne de l'utérus développée soit au dépens de la muqueuse, soit aux dépens de toute sa paroi et occupant la cavité utérine, peut-il rendre service à la malade chez laquelle il a diagnostiqué une semblable affection ?

Avant de répondre à cette question, il est bon de faire une distinction, suivant les formes spéciales que peut présenter cette maladie.

Si l'affection intra-utérine, épithélioma ou sarcôme, n'a produit aucune augmentation de volume, si l'utérus est seul pris et si l'organe est encore malade, le chirurgien n'a que deux ressources. L'une consiste à pratiquer un grattage intra-utérin, opération purement palliative, qui produit une amélioration passagère en arrêtant momentanément les écoulements sanguins ou ichoreux ; l'autre, plus radicale, qui consiste à enlever l'utérus par la voie vaginale.

Je vous ai communiqué dans le courant de l'année dernière, (juin 1888), une observation d'épithélioma intra-utérin, avec col intact, qui fut enlevé par moi chez une femme de 65 ans, et qui donna une survie prolongée, puisque la malade affaiblie n'est pas morte actuellement. D'autres observations analogues ont été publiées par plusieurs auteurs, et une entre autres par M. Doléris.

Il n'est donc pas nécessaire de discuter ce genre d'intervention si rationnel, lorsque le diagnostic est établi par le résultat des signes cliniques ordinaires, et au besoin, ainsi que la plupart des

chirurgiens le conseillent, après l'examen d'une parcelle de tissu enlevée par le curage.

M. Cornil, dans ses leçons nouvellement publiées sur l'*épithélioma intra-utérin*, nous fournit plusieurs exemples de l'utilité de ce diagnostic précis.

Mais il existe une autre condition beaucoup plus grave, et beaucoup plus embarrassante au point de vue opératoire, c'est celle qui résulte de l'augmentation de volume considérable du corps de l'utérus envahi par la maladie.

En général, cette affection est caractérisée par un sarcôme. Celui-ci a tantôt envahi primitivement la muqueuse, et est resté longtemps localisé dans cette membrane ; tantôt au contraire il occupe les parois musculuses, et provoque la déformation du corps utérin, en empiétant plus ou moins sur la muqueuse.

Dans ces conditions, il ne peut être question d'employer le grattage, qui serait absolument illusoire. L'ablation de l'utérus en entier par la voie vaginale est absolument contre-indiquée, à cause du volume de cet organe, qui ne pourrait passer à travers les voies génitales.

Il ne reste donc dans ce cas qu'une dernière ressource, qui est l'ablation de l'utérus par la voie abdominale.

Or, nous savons combien cette opération est grave. Freund qui l'avait d'abord beaucoup recommandée, a été obligé de l'abandonner entièrement, et elle est généralement condamnée comme trop meurtrière par la plupart des chirurgiens. Nous trouvons bien quelques cas heureux tels que celui publié par Spencer Wells, mais ils sont très exceptionnels.

Heureusement, qu'une disposition anatomique spéciale à ces tumeurs de la cavité ou du corps de l'utérus, nous permet souvent d'avoir recours à une méthode moins radicale, c'est-à-dire, à l'ablation partielle de l'utérus, à sa section au-dessus du collet des culs-de-sac vaginaux. L'opération devient ainsi moins meurtrière.

Le fait anatomique dont je parle actuellement est bien connu ; il résulte des examens pratiqués dans ces cas, que le col de l'utérus est ordinairement intact, et n'est pas atteint par le mal qui a envahi primitivement la cavité ou le fond de cet organe.

Dans ces conditions, il est possible dans presque tous les cas de sectionner l'organe au-dessus de la partie saine qui correspond

au col, et de faire ainsi une hystérectomie dans des conditions très rationnelles.

J'ai déjà publié deux observations de cette nature, l'une en 1886 devant la Société de chirurgie (1), intitulée : *Sarcome de la muqueuse utérine avec hématomètre ; ablation par la laparotomie*.

L'autre devant la Société de Gynécologie en 1888 (2), intitulée : *Hystérectomie abdominale pour une tumeur maligne intra-utérine*.

Je viens aujourd'hui vous présenter un nouvel exemple de ce genre d'intervention, dans lequel j'ai enlevé l'utérus envahi par un sarcôme ayant débuté par la paroi, et formant un vaste champignon libre dans la cavité utérine. La section porta sur la partie supra-vaginale du col ; un lien de caoutchouc assura l'hémostase, le pédicule fut rentré dans l'abdomen.

Mme A., âgée de 46 ans, est une femme maigre, mais ordinairement bien portante. Toujours bien réglée autrefois, elle a eu deux enfants qui ont 25 et 15 ans.

A quarante ans la ménopause s'établit assez rapidement et sans aucun accident, et laissa après elle une excellente santé pendant deux ans.

Vers l'âge de 44 ans, elle vit revenir, sans aucune cause, des pertes continuelles d'une petite quantité de sang. Celles-ci augmentèrent progressivement.

En même temps, elle a remarqué que son ventre augmentait de volume légèrement.

Cet état dura près de deux ans, sans provoquer d'accidents notables, sauf un peu d'amaigrissement.

Mais depuis quelques mois, de véritables hémorrhagies se montrent à intervalles irréguliers, et sont suivies d'une hémorrhée abondante, qui persiste presque continuellement, cependant le liquide rendu ne donne aucune odeur.

En même temps des douleurs violentes apparaissent par intervalles dans le bas-ventre, elles sont accentuées par la marche.

Des envies fréquentes d'uriner, une constipation opiniâtre qui cède difficilement aux purgatifs, fatiguent beaucoup la malade.

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de Ch.*, 1886, p. 157.

(2) *Bull. et Mém. de la Soc. de Gynécologie*, juin 1888.

Elle a maigri beaucoup, présente une teinte pâle accentuée ; les jambes sont enflées depuis quelques semaines, surtout le soir.

L'examen de l'abdomen et du bassin fait découvrir la présence d'un utérus très volumineux, accessible derrière et au-dessus du pubis, ayant l'apparence d'un utérus avec une grossesse de cinq mois.

Le col est facile à sentir et paraît sain, sauf qu'il est entr'ouvert.

Par l'hystéromètre, on trouve une cavité de dix-sept centimètres, très saignante, en antéflexion.

L'utérus est fixé dans le petit bassin, et immobilisé plutôt par sa masse que par des adhérences.

En présence de ces signes, et surtout en tenant compte des symptômes principaux : hémorrhagie, suintement séreux ou hydorrhée, etc., je conclus à la présence d'un sarcôme intra-utérin occupant le corps exclusivement et à marche lente. Aucun autre moyen d'action ne pouvait être proposé que l'ablation de l'utérus par l'abdomen, en conservant le col qui était intact.

L'opération fut pratiquée le 8 décembre 1888.

Une incision sur la ligne médiane donna accès dans le péritoine.

L'utérus occupait le bassin et dépassait le détroit supérieur, il était un peu enclavé ; cependant il fut attiré avec force au dehors.

De chaque côté, les ligaments larges furent coupés entre deux clamps, et l'hémostase assurée avec une double ligature en chaîne au moyen du cordonnet de soie.

Bientôt il fut facile de placer au-dessus du vagin, sur la base du col, un tube de caoutchouc qui fut enroulé avec soin et fixé avec une ligature de soie.

Au-dessus de cette ligature l'utérus fut coupé. La cavité utérine ouverte fut cautérisée avec soin au thermo-cautère, et le pédicule abandonné dans l'abdomen. Les suites de l'opération furent parfaites, et la malade est actuellement guérie et bien portante. Mai 1889.

M. GUÉRIN. — Le diagnostic peut-il être bien précisé ? Comment limiter les surfaces malades ? J'ai observé, en outre, que la survie post-opératoire est presque toujours inférieure à celle obtenue quand on n'opère pas. Je reviens à ce que je disais au sujet du diagnostic, et j'avoue qu'au moment de mettre la ligature j'aurais eu de l'inquiétude.

M. TERRILLON. — Je comprends très bien les observations de mon maître M. Guérin ; mais dans le cas actuel, j'ai pu établir d'une façon assez précise le diagnostic : 1° par le toucher : on sentait très bien que le col paraissait intact ; 2° par l'hystéromètre : je pénétrais facilement dans la cavité ; 3° dans une thèse de ces dernières années on a réuni 80 cas de lésions sarcomateuses de la muqueuse du corps de l'utérus dans lesquels le col était intact ; j'avais donc des chances pour me trouver en présence d'un cas analogue. J'ajouterai que, au moment de la section, j'ai pu constater que le tissu du col était sain.

Quant à la survie, sans doute elle est plus grande dans le sarcôme que dans le carcinôme ; mais l'opération qui permet d'enlever le tissu malade doit certainement en augmenter la durée, et dans ces conditions, très souvent les malades, au bout d'un certain nombre d'années, sont enlevées par tout autre maladie et ne voient pas de récurrence.

M. SCHWARTZ demande si le tube de caoutchouc a été fixé.

M. TERRILLON répond qu'il ne le fixe jamais.

M. GUÉRIN. — Je sais parfaitement que le sarcôme est moins grave que le carcinôme ; mais il n'en est pas moins vrai qu'il faut, quand on opère, enlever tout le tissu malade. M. Terrillon nous dit que le col était sain ; il pouvait donc le dilater et introduire le doigt, qui donne des résultats autrement précis que l'hystéromètre. Dans ces circonstances, l'important est de savoir la limite du mal. J'ai, en effet, vu des sarcômes qui ont gagné le col ; ce n'est pas la règle sans doute, mais la chose est possible.

M. POLAILLON. — La question la plus difficile est évidemment le diagnostic. Il y a toujours une chance à courir ; ce n'est pas une raison pour ne pas opérer ; on peut même y être obligé, si des accidents surviennent : douleurs, pertes, etc. Les chances existent pour toutes les tumeurs ; on n'est jamais sûr qu'il n'y aura pas de récurrence. J'ai fait un certain nombre de ces opérations ; vous pourrez lire une observation que j'ai publiée dans l'*Union*

médicale. Il s'agissait d'une femme de 45 ans environ, présentant dans le bas-ventre une tumeur bosselée qui provoquait de violentes douleurs ; cette tumeur dépendait-elle de l'ovaire, de l'utérus ? — Je ne pouvais pas préciser. Je pratiquai la laparotomie, et je tombai sur un cancer du fond de l'utérus ; je fis l'ablation de l'organe, la malade guérit de l'opération, mais au bout de quelques mois une récurrence se produisit sur le pédicule, et la mort survint. Quel est le chirurgien qui peut se promettre de ne pas avoir une récurrence ; toutefois, si l'on obtient une longue survie, c'est un grand bénéfice pour la malade.

M. CHARPENTIER. — A propos de l'observation de M. Schwartz je rappellerai le cas cité dans une revue hollandaise, dans lequel l'extrémité du tube de caoutchouc placé sur le pédicule perfora l'intestin, ce qui amena la mort.

M. DOLÉRIS demande si le pédicule était très mobile.

M. TERRILLON. — Oui.

M. DOLÉRIS. — S'il en était ainsi, on aurait pu, ce me semble, attirer, par traction, le moignon dans le vagin, et placer en dessus une 2^{me} ligature élastique ; de cette façon le moignon fut devenu intra-vaginal, et dès lors absolument isolé de la cavité péritonéale.

M. DUMONTPALLIER. — Cette opération a-t-elle été faite ?

M. DOLÉRIS. — Non, que je sache, mais elle me paraît rationnelle.

J'ai prévu le cas où elle serait possible à exécuter, soit pour un fibrome, soit pour un cancer du corps, et j'ai discuté par avance les avantages que cette méthode mixte peut présenter.

M. TERRILLON. — L'objection de M. Guérin est très fondée ; sans doute je pouvais dilater le col, et j'ai pratiqué récemment cette opération pour un fibrome, mais ici le diagnostic était facile, ainsi que je l'ai expliqué ; j'ai pu délimiter le tissu malade du tissu sain.

En ce qui concerne l'emploi du tube de caoutchouc, voici ce qui m'arriva chez une femme que j'opérai d'un fibrome pesant 23 kilogr. ; je mis un tube de caoutchouc sur le pédicule ; le col était parfaitement sain. Au bout de huit jours la malade est prise de fièvre qui disparaît sous l'influence d'un purgatif ; quelque temps après, écoulement jaunâtre par le vagin, sueurs, état

fébrile le soir, la malade revient me voir, je l'examine et je trouve le caoutchouc dans le col.

Voici l'explication que je donne de ce phénomène. Quand le caoutchouc est trop tendu, il coupe peu à peu le tissu, pénètre dans l'épaisseur des parois, et arrive dans la cavité du col. Celle-ci étant par la voie vaginale en communication avec l'intérieur, il y a suppuration. Pour éviter cet inconvénient, au lieu d'un tube, je place à la fin de l'opération un anneau de caoutchouc à peu près égal à celui du pédicule.

Tranchées utérines et chloroforme (1). — M. LOVIOT. J'ai l'honneur de soumettre à la Société une observation d'anesthésie dite obstétricale, de demi-anesthésie, d'analgésie pure et simple, de chloroforme « à la reine », selon la spirituelle expression du professeur Pajot, avec cette circonstance particulière, que le chloroforme a été employé post-partum, pour combattre des tranchées utérines très violentes.

Madame L., 28 ans, sans profession, grande, blonde, sans antécédents à noter, bonne santé habituelle, tempérament nerveux, délire facilement en temps normal.

Tertipare, 3 grossesses bonnes, bien qu'elle ne prenne aucune précaution pendant ses grossesses. Pendant sa troisième grossesse, au troisième et au quatrième mois, en août et septembre, a pris 58 bains de mer, nagé une heure et demie, sans tenir compte de l'époque correspondant à la période menstruelle.

Premier accouchement, il y a dix ans, normal. *Pas de tranchées utérines.*

Deuxième accouchement, il y a 3 ans. Accouchement lent, (a souffert du dimanche au mercredi, du mardi au mercredi, grandes douleurs). Accouchement normal.

Tranchées utérines très intenses pendant 8 jours (?)

Pendant les 14 heures qui suivent l'accouchement, tranchées

(1) Le Chloroforme en Obstétrique. Leçon faite le 28 janvier 1888, in Leçons de Clinique obstétricale, par P. Budin (1889).

excessivement douloureuses. « J'étais, dit Mme L. comme une folle. »

Traitement. Laudanum : 2 lavements de 15 gouttes. Par la bouche 25 gouttes. Sans effet.

Perte de sang assez abondante.

Troisième accouchement, 17 février 1889. Après 9 heures de douleurs, accouchement normal à 9 heures du matin. Délivrance 20 minutes après l'expulsion de l'enfant.

Tranchées (que prévoyait et redoutait Mme L. avertie par l'accouchement précédent) très intenses.

Douleurs très vives immédiatement après la délivrance.

Traitement : injections chaudes (vaginales).

Injection sous-cutanée de morphine 1 centigr.

Rien ne fait. L'injection de morphine surajoute une douleur plus vive dans l'étendue d'une double pièce de 5 francs. « Une douleur de plus », dit Mme L.

Le laudanum n'a pas été employé à ce moment pour éviter l'ennui d'un lavement immédiatement après l'accouchement, et son emploi n'ayant pas procuré de soulagement antérieurement.

Le chloroforme est administré d'une façon intermittente et à petites doses, immédiatement au début de la douleur ou un peu avant, au début de la contraction utérine, de 10 heures du matin à 7 h. du soir (200 grammes en tout).

Les douleurs reviennent toutes les 5 minutes, durent plusieurs minutes, très intenses, peu de sang.

A 10 heures du soir, les douleurs ne reviennent plus qu'à un quart d'heure, vingt minutes d'intervalle, moins intenses, moins longues.

Le soir, un lavement de chloral (4 gr.), la malade dort quelques heures.

Le lendemain, lavement de laudanum 15 gouttes (matin).

lavement de chloral 4 grammes (soir).

Le surlendemain, la malade respire spontanément du chloroforme pendant 2 heures, au moment des douleurs ; celles-ci cessent définitivement.

Durée des tranchées : plus de 48 heures.

Le chloroforme n'a donné lieu ni à des vomissements, ni au délire auquel la malade est sujette, ni à hémorrhagie.

SENSATIONS PERÇUES PAR MME L. ET EXPRIMÉES PAR ELLE-MÊME.

Sensibilité à la douleur. — « A la première inspiration de chloroforme, il me semblait que celui-ci descendait, et qu'il tombait sur la douleur.

« Sensation calmante, de rafraîchissement, comme si l'on jetait de l'eau froide sur une brûlure. »

« La raideur du corps et des membres, surtout des membres inférieurs du début de la douleur, disparaissait. Il y avait une sorte de détente. « Tout en moi se dilatait, était plus souple ».

« La douleur (dents rougies au feu qui auraient dévoré) ron-geante et cuisante, (reins, ventre) ne s'en allait pas entièrement, mais diminuait comme si elle avait reculé devant quelque chose qu'on aurait mis devant elle. »

Sensibilité au contact. — Conservée.

A la chaleur. — Conservée (injections chaudes perçues).

Intelligence. — Intacte.

Oùïe. — « Je n'entendais rien de ce qui se passait ailleurs, mais avec beaucoup d'acuité ce qui se passait autour de moi. Je vous entendais parler à mon mari à voix basse. J'éprouvais un bourdonnement, mais ce bourdonnement était distinct des paroles entendues. »

Peut-être y a-t-il lieu de tenir compte, en ce qui concerne ces phénomènes auditifs, de l'action de la morphine.

Motilité. — Intacte.

« J'éprouvais un soulagement très grand. Si j'ai encore des enfants, je demanderai du chloroforme, je le conseillerai à toutes les personnes que je connaîtrai. Rien de meilleur. Ah ! si j'avais su cela plus tôt ! »

M. CHARPENTIER. — Je crois que le laudanum est un des meilleurs moyens à employer contre les tranchées utérines ; mais quand on donne des lavements laudanisés, il faut les administrer avec une seringue graduée, de façon à se rendre exactement compte de ce que l'on fait. — L'irrigateur est d'un emploi incer-

tain ; il est impossible de savoir la quantité de laudanum qui a été utilement employée. — Je donne avec la seringue un, deux, trois lavements avec vingt gouttes chaque fois, et mes malades sont toujours soulagées. Le moyen de M. Loviot ne me paraît guère pratique.

M. OLIVIER. — Je demanderai à M. Loviot, comment il explique l'intensité et surtout la durée des tranchées chez sa malade. S'est-il assuré que l'utérus était bien vide, a-t-il fait une ou plusieurs injections intra-utérines ? M. Loviot me paraît être arrivé rapidement au chloroforme ; il aurait pu, ce me semble, essayer auparavant les médicaments qui ont été préconisés dans ces derniers temps, et notamment le *viburnum prunifolium*. C'est un merveilleux médicament, mais à la condition qu'il soit bien préparé. Je l'ai employé un des premiers dans les cas de tranchées utérines, et je m'en suis toujours bien trouvé. Au début, j'employais la teinture américaine, que nous devons faire venir d'Angleterre ; aujourd'hui, nous possédons une préparation, les gouttes concentrées de *viburnum prunifolium* de Bruel, qui en est l'équivalent. Il faut se méfier des autres teintures, avec lesquelles on n'obtient pas de résultat.

M. BAILLY. — Contre les tranchées utérines le laudanum ne réussissant pas, je me sers du suppositoire opiacé (2 centig. d'extrait d'opium), la dose est précise, l'action lente et sûre.

M. LOVIOT. — Je reconnais volontiers, avec M. Charpentier, qu'avant d'apprécier la valeur du laudanum en lavement, il faut s'assurer d'abord s'il a été réellement administré. Mais M. Bailly, qui préconise les suppositoires opiacés, dit les avoir employés dans des cas où le laudanum, utilisé avec toutes les précautions requises, n'avait rien fait. Le laudanum ne réussirait donc pas toujours contre les tranchées utérines, et je demande qu'on m'accorde le chloroforme, pour les cas où le laudanum est inefficace.

Je rappelle que dans mon observation, le chlorhydrate de morphine, à la dose de 1 centigr. en injection hypodermique, a complètement échoué.

Ma malade a inhalé du chloroforme à *petites doses et d'une façon intermittente*, de 10 heures du matin à 7 heures du soir. M. Charpentier trouve le procédé « peu pratique » et qu'« il faut avoir du temps à perdre pour y avoir recours ».

M. Charpentier sait aussi bien et mieux que moi, que les tranchées utérines sont quelquefois plus pénibles que les douleurs du travail et qu'elles peuvent être véritablement atroces dans certains cas.

Je crois que l'accoucheur se doit à lui-même, et doit à ses clientes de ne pas les abandonner en pareille occurrence. 1

M. Olivier a employé avec succès le *viburnum prunifolium*. J'avoue que je n'ai pas l'expérience de ce médicament. S'il faut qu'il vienne d'Angleterre, c'est un peu loin, et d'autre part, s'il est nécessaire, pour qu'il agisse favorablement, que l'utérus soit entièrement vidé de tout caillot, est-on jamais sûr qu'une pareille condition sera parfaitement réalisée ?

M. BAILLY. — Je ne comprends pas qu'on attende la douleur pour agir, pour donner le chloroforme ; la respiration est à ce moment troublée, inégale, l'absorption se fait mal, en outre l'agent anesthésique ne peut pas avoir le temps de faire sentir son action ; je crois que c'est après la crise, qu'il faut employer le chloroforme, le donner dans l'intervalle des douleurs ; la femme au moment de la contraction utérine sera ainsi sous l'influence de cet agent anesthésique.

M. PORAK. — A mon avis le moment importe peu ; ce qu'il faut, c'est administrer de petites doses et par intervalles plus ou moins courts ; si l'on choisit l'instant de la douleur, c'est pour occuper la femme, agir sur le moral.

M. DUMONT-PALLIER. — Je suis partisan du chloroforme dans les accouchements ; dans un cas mais je dois dire que dernièrement, je n'en ai retiré aucun résultat ; je n'ai pas pu obtenir l'analgésie et j'ai administré le chloroforme pendant cinq heures ; j'en ai usé près de 100 gram.

Je le donne pendant toute la durée de la douleur. Il ne faut donc pas affirmer que le chloroforme donnera toujours de bons résultats.

M. CHARPENTIER. — Le chloroforme soulage presque toujours sans entraver le travail ; le cas de M. Dumontpallier est exceptionnel.

M. LOVIOT. — M. Bailly dit que si l'on veut que le chloroforme soit efficace contre la douleur, il ne faut pas se contenter de l'administrer au moment de celle-ci, mais avant qu'elle appa-

raisse, pendant l'accalmie, l'effet pour se produire demandant un certain temps.

Il n'y a rien d'absolu à cet égard. Parfois il suffira de donner le chloroforme au début de la douleur ou, un peu avant, au début de la contraction utérine qui précède la douleur, comme dans notre cas, pour obtenir un effet très satisfaisant ; dans d'autres circonstances, il conviendra de maintenir la femme constamment sous l'influence du chloroforme, et d'augmenter un peu la dose au moment de la douleur ; enfin, chez certaines femmes, il n'y a pas de stade analgésique à proprement parler, et on ne pourra supprimer la douleur, qu'en allant jusqu'à l'anesthésie complète.

M. Dumontpallier, dans l'observation qu'il vient de nous résumer, n'a pu obtenir l'analgésie par l'administration intermittente et à petites doses du chloroforme, cela prouve seulement qu'il faut compter avec les susceptibilités individuelles, avec les idiosyncrasies, et que l'analgésie n'est pas toujours réalisée de la même façon chez toutes les parturientes.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 9 mai 1889.

Présidence de M. le Dr POLAILLON.

SOMMAIRE. — Lecture du procès-verbal de la dernière séance. — *Correspondance manuscrite* : Lettre de M. le Dr Loviot s'excusant de ne pouvoir assister à la séance. — Lettre de M. Gariel, secrétaire-général de l'Association française pour l'avancement des sciences, demandant l'envoi des règlements et statuts de la Société Obstétricale et Gynécologique de Paris. — Lettre du secrétaire du Congrès d'Hydrologie, demandant à la Société de Gynécologie, de vouloir bien s'annexer au Congrès d'Hydrologie. (La proposition est mise aux voix et rejetée.) — *Correspondance imprimée* : Trois numéros *Gaz. de Gynécologie. Journal d'Orthopédie*, 1 numéro. *Transactions obstétricales* de Londres, 1^{er} fascicule 1889. — Documents divers sur l'Association française pour l'avancement des sciences. — Envoi de M. Gariel. — *Ordre du jour* : Dr POLAILLON : Procédé nouveau pour l'opération de la fistule uréthro-vaginale. — Dr AUWARD : Observation de cancer utérin. Grossesse. Rupture utérine. Mort, par le Dr BOUSQUET, de Marseille. — Discussion sur l'anesthésie obstétricale : Drs CHARPENTIER, PAJOT, GUÉNIOT. — Dr TERRILLON : Présentation de pièces. Grossesse extra-utérine. — Dr AUWARD : Présentation d'instruments. — Forceps du Dr SLOAN, de Glasgow.

Observations à propos du procès-verbal. — M. Guérin se plaint de ce que les épreuves du bulletin ne lui ont pas été communiquées, et de ce que, par suite, il n'a pu revoir sa communication à propos du travail de M. Terrillon. Les objections ont été écartées et perdent ainsi toute leur valeur.

M. le secrétaire répond que s'il n'a pas envoyé les épreuves à M. Guérin, c'est parce que la communication de M. Guérin était fort courte, et qu'il l'a reproduite telle qu'elle lui a été transmise par le secrétaire des séances. Il sera tenu compte des observations de M. Guérin, et désormais les membres recevront

toujours une épreuve des paroles, si courtes qu'elles soient, qui auront été prononcées par eux en séance publique. Il demande que les corrections lui soient renvoyées dans les 24 heures.

M. Verrier fait observer qu'il y a aux archives une série de mémoires qui ont été adressés à la Société par des médecins étrangers, soit à titre de communication simple, soit à titre de candidature, et regrette qu'ils ne soient pas publiés dans les bulletins.

M. DUMONT-PALLIER. — A la Société de biologie, les mémoires lus en séance sont insérés dans les bulletins. Nombre de travaux très remarquables sont ainsi publiés, au grand avantage de la société.

M. GUÉRIN. — Il y a une manière de satisfaire tout auteur d'un travail présenté à la Société. Dans le rapport fait à cette occasion, il peut être donné une analyse complète du travail, et cette analyse le fait connaître autant que la publication in extenso.

MM. OLIVIER, LE PILEUR, PORAK, rappellent que certains mémoires ont déjà été publiés ; pour cela il suffit que le rapporteur demande à la Société l'impression du travail. Un vote de la Société décide s'il y a lieu de l'accorder.

D^r POLAILLON. — **Procédé nouveau pour l'opération de la fistule uréthro-vaginale.** — J'ai été amené à imaginer un procédé, que je crois nouveau, pour opérer une fistule vésico et uréthro-vaginale.

Une jeune femme, âgée de 19 ans, s'était introduit dans la vessie plusieurs épingles à cheveux, autour desquelles un calcul s'était formé.

Pour extraire cette pierre, un de nos confrères fit la taille vaginale, se proposant d'oblitérer ensuite l'ouverture ainsi créée. Mais cinq opérations de fistule vésico-vaginale échouèrent. A l'hôpital Saint-Antoine, la malade fut encore opérée deux fois, sans succès.

Le 8 mai 1888, elle me fut adressée, à la Pitié, par le docteur Maestrati.

Elle présentait, au niveau du col de la vessie et de la partie postérieure de l'urèthre, une ouverture dont les dimensions égalaient à peu près une pièce de 1 franc. Les bords de cette fistule étaient déchiquetés, indurés, et attestaient les nombreuses tentatives opératoires qui avaient été faites.

Je l'opérai à mon tour trois fois, avec toutes les précautions d'usage, mais sans obtenir plus de succès que mes prédécesseurs.

C'est alors que, bien convaincu de ne pouvoir réussir par les procédés d'avivement et de suture ordinaires, j'eus l'idée de prendre un lambeau sur la paroi supérieure de l'urèthre et du col de la vessie, d'abaisser ce lambeau au niveau de la fistule, et de le suturer au pourtour de celle-ci. Le canal de l'urèthre devait ainsi présenter, dans une partie de son étendue, une surface cruentée, qui devait former, après sa cicatrisation, la partie postérieure du canal. Il me paraissait facile de maintenir le calibre du nouveau canal cicatriciel par quelques cathétérismes consécutifs.

Ce projet opératoire fut mis à exécution le 28 novembre 1888.

La malade étant chloroformée et couchée sur le côté latéral gauche, l'orifice du vagin fut mis à découvert par une valve de Sims, maintenue contre la paroi postérieure.

La fistule présentait un bord antérieur uréthral, un bord postérieur vésical, et deux bords latéraux, qui se continuaient avec la muqueuse de l'urèthre et celle du vagin. Le fond de la fistule était formé par la muqueuse du col de la vessie en arrière, et par la muqueuse de la paroi de l'urèthre, en avant.

Au niveau du bord uréthral de la fistule, je fis d'abord une incision transversale, d'environ 12 millimètres, sur la muqueuse de la paroi supérieure de l'urèthre. Puis, au niveau du bord vésical de la fistule, je fis une incision d'égale étendue sur la muqueuse du col de la vessie. Ces deux incisions limitaient un pont de muqueuse uréthrale, qui fut décollé avec une sorte de spatule mousse, poussée dans les tissus sous-muqueux, d'avant en arrière. Le pont de muqueuse, qui se continuait de chaque côté avec la muqueuse uréthro-vaginale, fut abaissé au niveau de la fistule, de manière à venir l'oblitérer. Une grosse sonde en

caoutchouc rouge, introduite par le méat urinaire jusque dans la vessie, en passant au-dessous de ce pont (entre les tissus profonds sous-pubiens et la muqueuse décollée), maintenait la position de mon lambeau.

Il ne restait qu'à aviver les bords urétral et vésical de la fistule, et à suturer le bord urétral avec le bord antérieur du pont muqueux, le bord vésical avec son bord postérieur, pour obtenir la restauration du canal de l'urèthre et du col de la vessie.

Le canal de l'urèthre était alors formé, dans sa partie antérieure, par le méat urinaire et une portion du canal normal; dans sa partie postérieure, par une surface cruentée, maintenue dilatée par une sonde, surface destinée à former après sa cicatrisation une sorte de col à la vessie.

Ce procédé opératoire réussit pleinement dans son ensemble. Une sonde fut maintenue à demeure, et malgré l'indocilité de la patiente, la fistule fut oblitérée et le canal restauré.

Il resta seulement, au niveau du col de la vessie, un petit pertuis en forme de fente, produit par un fil de la suture. La malade urinait normalement par son canal de l'urèthre, mais elle perdait encore une grande partie de ses urines par le pertuis que je viens de signaler. Il aurait été facile de la guérir tout à fait par une opération complémentaire, si, la malade, lasse de tant d'opérations successives, et d'ailleurs très difficile à soigner en raison de son caractère indocile, n'avait voulu sortir de l'hôpital.

Je n'ai donc pas obtenu la guérison de mon opérée, puisqu'elle perdait encore ses urines. Mais, tel qu'il était, le résultat opératoire montrait que l'on pouvait restaurer le canal de l'urèthre par le procédé que j'ai employé.

En résumé, ce procédé, assez difficile à faire comprendre dans une description, consiste :

1° A tailler sur la muqueuse de la paroi supérieure de l'urèthre un lambeau en forme de pont.

2° A décoller ce lambeau de muqueuse d'avant en arrière.

3° A l'abaisser au niveau de la fistule, et à le suturer au bord antérieur et au bord postérieur de celle-ci, de manière à ce que le canal de l'urèthre passe au-dessus de lui.

Comme traitement consécutif, maintenir l'ouverture de ce canal par une sonde à demeure pendant la cicatrisation, et plus

tard, empêcher le rétrécissement de ce canal inodulaire par des cathétérismes plus ou moins fréquents.

M. PAJOT. — Je désirerais savoir combien de temps la malade est restée à l'hôpital ; le passage de l'urine sur la portion du canal non pourvue de muqueuse n'a-t-il pas eu d'inconvénient, n'a-t-il pas provoqué d'inflammation ?

M. POLAILLON. — J'ai gardé la malade près de deux mois, et n'ai constaté aucune inflammation de la région opérée ; au point de vue chirurgical le résultat m'a paru très bon.

M. GUÉRIN. — Je demanderai à M. Polaillon de vouloir bien revenir sur la description de son procédé, de façon à le faire mieux comprendre. Comment a-t-il pu disséquer le lambeau et l'amener au niveau de la fistule.

M. POLAILLON revient sur sa description, et à l'aide d'une feuille de papier, montre son procédé opératoire.

D^r AUWARD. -- Observation du D^r BOUSQUET, de Marseille. — **Cancer utérin. Grossesse. Rupture utérine. Mort.** — Dans le courant du mois de février, une de nos sages-femmes les plus en vue, examinant une de ses clientes pour s'assurer de l'état des organes génitaux, constata que le col utérin était absolument fermé, rigide, et que ses deux lèvres présentaient une dureté considérable, phénomènes peu en rapport avec l'âge de la grossesse, arrivée alors au milieu du 9^e mois.

Justement étonnée d'un état qui lui paraissait si anormal, elle crut devoir me faire appeler. Voici ce que je constatai. La femme est dans la position demi assise, elle gémit et souffre ; l'abdomen est dur ; l'utérus est au bas de la région épigastrique, il est extrêmement contracté. Les douleurs durent depuis trois jours ; il y a écoulement de sang, alternant avec des flots de liquide amniotique. L'auscultation me révèle la présence de battements du cœur faibles, et avec quelques intermittences, situés au-dessus d'une ligne passant par l'ombilic.

Je soupçonne une présentation du pelvis, mais l'état permanent de contraction de l'utérus, m'empêche de pratiquer avec fruit le palper abdominal.

Le toucher vaginal est extrêmement douloureux. On arrive avec peine sur le col, qui est très élevé. Il est petit, de forme conique, absolument fermé, et présente une extrême dureté.

J'éprouve la même sensation, dans l'examen du cul-de-sac.

En présence d'un tel état, je préviens la famille des dangers de la situation, dérivant du diagnostic cancer utérin généralisé : difficultés certaines pour l'accouchement, et nécessité d'une intervention aussitôt qu'elle sera possible.

Je m'informe des antécédents : cette femme a 35 ans, elle a eu 11 grossesses, dont 7 enfants vivants, le dernier a 3 ans, et l'accouchement ne présenta aucune difficulté. Il y a deux ans, certains malaises commencèrent à se manifester : douleurs lombaires et crurales, pesanteur dans le bassin, coccygodinie, élanchements dans les seins, vomissements et quelques intermittences dans les époques, suivies de métrorrhagies.

En présence de cette situation, il n'y a, pour le moment, qu'une seule chose à faire : attendre la continuation et l'augmentation des douleurs, attendre que la dilatation ou le ramollissement du col utérin soit assez avancé pour permettre une intervention efficace.

Quinze jours se passent, pendant lesquels cette femme souffre de douleurs peu intenses, mais continuelles ; la main posée sur l'abdomen perçoit le globe utérin contracté : le col commence à se ramollir.

Enfin, le 16^e jour, le travail qui n'a jamais cessé devient plus intense, et les contractions de plus longue durée. Le col s'entr'ouvre lentement, et après 24 heures, la dilatation égale le diamètre d'une pièce de 2 fr. Mais à partir de ce moment, l'état reste absolument stationnaire, malgré la violence et la continuité des contractions.

La femme est épuisée par ses interminables souffrances et sa longue insomnie ; il y a de la fièvre et des vomissements. Nous pensons qu'une intervention immédiate est nécessaire, pour mettre fin à une situation qui ne peut se prolonger sans danger. La malade est donc placée au bord de son lit dans la position obstétricale ; le vagin est lavé avec une solution de sublimé ;

puis, portant mon doigt vers le col, je m'en sers pour guider un long bistouri boutonné, à l'aide duquel je pratique quatre incisions sur les lèvres indurées du col. Je puis, dès ce moment, me livrer à un examen plus complet, et diagnostiquer avec certitude une présentation du pelvis en 1^{re} position.

La dégénérescence généralisée du col ne me laissant aucun espoir, malgré les incisions, d'une expulsion spontanée du fœtus, j'introduis avec beaucoup de peine la main dans la cavité utérine à la recherche des pieds ; en ce moment, un flot de liquide amniotique, rougeâtre et fétide, s'écoule au dehors, entraînant avec lui des lambeaux d'épiderme, que ma main détache de la surface du fœtus complètement putréfié.

Enfin, après des efforts inouïs et des difficultés sans nom, j'arrive à extraire un fœtus du sexe masculin, de fort volume, évidemment à terme, mais complètement macéré.

La délivrance ne présente aucune difficulté, mais elle est suivie d'une hémorrhagie effroyable ; je pratique aussitôt un lavage intra-utérin chaud, et je fais une injection sous-cutanée d'ergotine Yvon. Mais la perte ne diminuant pas, j'introduis ma main pour extraire les caillots sanguins qui pourraient être restés dans l'utérus ; je perçois sur toute la surface interne de l'organe, des champignons cancéreux en très grand nombre ; pendant que je les explore attentivement, mes doigts pénètrent tout à coup dans une déchirure transversale, longue de 5 centimètres au moins, située au niveau du segment inférieur, et à travers laquelle je touche directement les circonvolutions intestinales.

Justement effrayé de ce que je viens de découvrir, et aussi de l'état demi-syncopal de la malade, je pratique plusieurs injections sous-cutanées d'éther, en même temps que je fais des applications glacées intus et extra.

Mais tout reste inutile, et malgré tous mes efforts, nous ne parvenons pas à ranimer la malade, qui succombe deux heures après.

Ce fait est intéressant à plusieurs points de vue ; il prouve, une fois de plus, que le cancer utérin, même dépassant de beaucoup les limites du col, même compliqué d'un état cachectique lié à l'ancienneté de l'affection, n'est pas un obstacle à la fécondation. Ici le développement du cancer datait de deux ans, au

moins, si l'on s'en rapporte aux souffrances et aux troubles sympathiques qui ont été ressentis à cette époque.

Des deux formes de cancer que l'on rencontre habituellement dans cette région, c'est à la plus rare, à la prolifération épithéliale avec hypertrophie papillaire que nous avons eu affaire.

Dans la grande majorité des cas, la marche de la grossesse n'est possible que si l'affection n'atteint pas ou ne dépasse pas l'orifice interne : Ici le corps tout entier était envahi, et cependant la grossesse est arrivée au terme, et l'a même dépassé d'une quinzaine de jours, ainsi que Cohnstein, Menzies, Depaul, Miller, Playfair et Beigel en ont cité quelques exemples.

Cette prolongation de la grossesse, et cette lenteur du travail, sont dues à une véritable impuissance où se trouve l'utérus d'expulser son contenu, impuissance dépendant de la dégénérescence granulo-graisseuse de son tissu musculaire, et à la résistance opposée à la dilatation par l'induration cancéreuse du col.

Contrairement à l'opinion de Cohnstein, nous pensons avec Gusserow, Pfankuch, Galabin et Benicke que la grossesse, surtout quand elle arrive à son terme, ne peut qu'exercer une influence des plus fâcheuses sur le développement du néoplasme, et nul doute que dans le cas présent, l'existence de cette femme se fut prolongée quelque temps encore, si cette grossesse inopportune ne fut pas survenue.

Nous ne pouvons donc pas accepter l'opinion de Siebold, qui admet que, dans quelques cas, la grossesse et l'accouchement ont amené la guérison du cancer. Quelle que soit la terminaison funeste de ce cas, je n'éprouve aucun regret de n'avoir pas eu recours à l'opération césarienne à laquelle j'avais primitivement songé ; il est certain que la dégénérescence du tissu utérin tout entier, aurait rendu impossible la dissection de la séreuse, l'emploi des sutures métalliques, et empêché tout travail de réparation.

DISCUSSION SUR L'ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE

M. CHARPENTIER. — **De l'application des anesthésiques aux accouchements naturels.** — Lors de la publication de mon *Traité d'accouchements* en 1883, j'ai consacré un long chapitre à l'application des agents anesthésiques aux accouchements naturels. Il semblait à cette époque intéressant de grouper les documents relatifs à une question si controversée. Aussi, ai-je alors donné un historique aussi détaillé que possible jusqu'en 1878, époque où Pinard, dans sa thèse d'agrégation concluait au rejet des anesthésiques.

Depuis, de nombreux travaux ont été publiés sur cette question. Tels sont ceux de Dutertre 1882, Hofmeier, Sawill, Morris 1883, Muller 1884, Cohn 1886, etc. Le plus complet est encore celui de Dutertre, qui, à l'inverse de Pinard, se montre partisan résolu de l'emploi du chloroforme dans les accouchements naturels.

Ici il faut faire une distinction : Tantôt l'anesthésie est donnée jusqu'à la narcose complète, c'est l'*anesthésie chirurgicale*, et tous les accoucheurs sont d'accord. Ils la réservent pour les cas où l'intervention obstétricale est réclamée, dans l'intérêt de la mère ou de l'enfant. (Forceps, version, embryotomie, etc.). Tantôt, au contraire, l'anesthésie ne doit pas être poussée jusqu'à la narcose complète. Il s'agit de ce que l'on appelle aujourd'hui l'*anesthésie obstétricale*, c'est celle dont je veux vous parler aujourd'hui.

Employée couramment à l'étranger, l'anesthésie obstétricale rencontre en réalité peu d'opposition aujourd'hui, même en France, et presque tous les accoucheurs reconnaissent ses avantages et son innocuité, sinon dans tous les cas, du moins dans un bon nombre de circonstances, que nous passerons en revue au chapitre des indications.

L'anesthésie obstétricale comporte deux grandes variétés.

1° L'anesthésie générale.

2° L'anesthésie locale.

1° **Anesthésie générale.** — Trois agents principaux : l'éther, le chloral, le chloroforme, et une série d'agents mixtes, composés de combinaisons variées et titrées de ces différentes substances. Enfin, deux autres agents spéciaux d'un usage très limité : le bromure d'éthyle, et le protoxyde d'azote.

1° *L'éther*, qui, employé pour la première fois par Simpson le 19 janvier 1847, attaqué vigoureusement par Montgomery, Barnes, Gréam, Reid, Ransbootham à Londres, Meigs à Philadelphie, accepté au contraire par la plupart des sociétés savantes du Royaume-Uni, est encore employé par quelques médecins étrangers ; en France il eut peu de succès, et fut promptement remplacé par le chloroforme, qui est aujourd'hui l'agent anesthésique courant.

2° *Le chloral*, que nous employons d'une façon usuelle, non à proprement parler comme un agent anesthésique, mais comme un calmant puissant, qui nous permet de procurer aux parturientes un repos artificiel, à n'importe quel moment du travail. Il est, en effet, impossible de tenir les femmes sous l'influence de l'éther ou du chloroforme depuis le début du travail jusqu'à l'expulsion du fœtus.

Or, pendant la première période du travail, c'est-à-dire pendant la période de dilatation, cette période si douloureuse et si mal supportée en général par les malades, le chloral employé en lavements à la dose de 3 ou 4 grammes, renouvelés au besoin au bout de quatre à cinq heures, a une efficacité incontestable. C'est surtout dans le cas où les douleurs de reins sont très pénibles, où la dilatation se fait lentement, soit à cause de la faiblesse des contractions, de leur irrégularité, soit à cause de la rigidité du col, chez les primipares par conséquent, que le chloral doit être surtout employé.

Non seulement le chloral n'a pas d'influence fâcheuse sur la contraction utérine, mais souvent il la régularise, en lui laissant toute son intensité, et diminue ainsi notablement la durée du travail. D'autres fois le chloral agit simplement en coupant le travail par une période franche de repos.

Dans la deuxième moitié du travail, le chloral a une action beaucoup moins nette, et c'est au chloroforme ou aux anesthésiques locaux qu'il faut avoir recours, si l'on veut procurer à ses malades un soulagement réel.

3° *Le chloroforme*. — Découvert en 1831 par Soubeyran en France, et par Liebig en Allemagne, le chloroforme est employé pour la première fois par Simpson, au mois de novembre 1847, et rencontre d'abord les mêmes répugnances que l'éther, mais les

deux accouchements de la reine avril (1853, 1857) le mettent à la mode en Angleterre ; le *chloroforme à la reine* devient d'une application courante dans le Royaume-Uni, entre les mains de Merrimann, Murphy, Gream, Stallard, Lansdown, Protheroe Smith, Denham, Cephert, Sawill, Burton, etc.

D'Angleterre, l'emploi du chloroforme en obstétrique se répand en Amérique, où malgré les efforts de Meigs, de Philadelphie, Channing et tous les accoucheurs, jusqu'à Lusk le dernier, appliquent couramment l'anesthésie aux accouchements naturels.

En Allemagne, Siebold, Sachs, Scanzoni, rejettent le chloroforme, qui est au contraire recommandé par Breit, Krieger, Orlowsky, Kiehl, Grenser, Haller, Kiwisch, Harnier, Winkel, Spiegelberg, Schröder, Martin, Hofmeier, etc.

En Russie, Pirogoff, Mianowsky, Kurowicz, Tarnowsky, Hugenberger, Krassowsky, pratiquent la chloroformisation dans les accouchements naturels.

Lévy à Copenhague ; Howitz, Heyerdahl, Schidlart en Scandinavie ; Romiti, Corradi, etc., en Italie ; Piachaud, en Suisse ; Hubert, Hyernaux, Charles, en Belgique, sont partisans des anesthésiques.

En France, au contraire, l'anesthésie a plus de peine à se répandre, et malgré les observations de Fournier Deschamps, 24 juin 1847 (éther), les expériences de Paul Dubois, les travaux de Houzelot, de Blot, de Bouchacourt, de Courty, de Bailly, Legroux, Dumontpallier, et surtout de Campbell, l'anesthésie appliquée aux accouchements naturels, est combattue par Depaul, Pajot, Pinard, acceptée avec certaines réserves par Barquissau, Chailly, puis enfin préconisée de nouveau par Dutertre, Lucas-Championnière et Budin.

Tous les praticiens qui ont manié le chloroforme, savent très bien, qu'entre la période du début ou excitation, et la période terminale, narcose, il existe une période intermédiaire, caractérisée par une sorte d'ébriété chloroformique, qui atteint notablement l'intensité des perceptions, par obnubilation des centres nerveux, et que cette ébriété est compatible avec la persistance de la sensibilité réflexe. Or, c'est précisément là le but que vise l'anesthésie obstétricale, qui cherche à amener un état d'insensibilité relative, qui supprime l'excitation sans arriver jus-

qu'à la narcose. La condition indispensable et difficile à réaliser en pratique, est donc de savoir régler, modérer l'action de l'anesthésique.

D'un autre côté, il n'est pas douteux, pour quiconque a observé sans parti pris, que si l'on continue longtemps la chloroformisation, soit que l'on augmente les doses de chloroforme, pour éteindre totalement l'expression de la douleur ressentie par la femme, soit même au contraire, que l'on s'en tienne à des doses modérées, on arrive plus ou moins rapidement à dépasser le stade d'ébriété chloroformique, et à produire la narcose vraie. La preuve en est fournie par le ralentissement et l'affaiblissement initial des contractions, puis par leur cessation presque définitive, si l'on prolonge la chloroformisation.

L'anesthésie obstétricale constitue donc moins une inconnue scientifique, qu'une difficulté pratique, qui peut varier avec chaque application nouvelle, et avec chaque individualité. De là, les discussions si nombreuses et si discordantes des différents auteurs. Or, si l'on s'en rapporte aux travaux des hommes qui ont étudié la question avec le plus de soin, nous voyons, sans vouloir entrer dans le mode d'action intime du chloroforme sur les centres nerveux :

Spiegelberg constater que :

1° Si l'on donne le chloroforme progressivement, et mélangé à l'air, la sensibilité diminue, et en particulier la douleur de la contraction ; que la connaissance intellectuelle est conservée, que la femme se sent soulagée, et que les contractions utérines, d'abord ralenties, redeviennent bientôt plus fréquentes et plus régulières. Enfin, comme le disent Beatty et Bailly, *les femmes savent qu'elles ont une contraction, mais elles ne la sentent pas*. En suspendant et en reprenant alternativement les inhalations, on peut maintenir longtemps les femmes dans cet état, qui constitue le *premier stade, l'anesthésie obstétricale*.

2° Si l'on continue les inhalations sans les interrompre, au lieu de l'anesthésie simple, survient le *deuxième stade, stade de narcose complète*. La connaissance et la motilité sont perdues ; l'action réflexe étant amoindrie, les contractions utérines deviennent plus lentes, mais elles conservent leur force ; il en est de même de la contraction des muscles abdominaux.

3° Si enfin on pousse plus loin les inhalations, le *troisième*

stade survient. Il y a sopor, coma, les contractions utérines deviennent faibles et rares.

En résumé, dans le *premier stade*, pas d'influence sur la contraction ;

Dans le *deuxième stade*, si l'on donne le chloroforme d'emblée et à fortes doses, ralentissement initial des contractions, puis retour à l'état normal.

Dans le *troisième stade*, diminution des contractions, dont on peut obtenir la cessation complète, en poussant encore plus loin le chloroforme ; mais alors la femme court des dangers sérieux, car en même temps que l'utérus, le cœur et les autres viscères musculaires sont sidérés.

L'enfant est peu influencé par le chloroforme.

Campbell, Dutertre, admettent une action à peu près analogue des phénomènes :

1° *Un soulagement initial et général*, caractérisé par un *léger effacement du moi*, et la production d'un *apaisement physique et moral*, par la *diminution des douleurs circum-utérines ou parapelviennes*. La vraie douleur semble se localiser, se concentrer dans l'organe utérin lui-même. Les contractions sont encore douloureusement perçues. Le poulx se calme, la respiration se régularise, la femme comprend encore et obéit à la voix, mais elle a une sensation de bien-être, qui la console et la soutient.

2° Si l'on continue les inhalations, il survient une période d'analgésie incomplète, de demi-insensibilité, caractérisée par l'atténuation de la douleur proprement dite. La parturiente sent moins, et on voit se produire une *certaine diminution dans l'intensité et la fréquence des contractions utérines* : phénomène d'autant plus appréciable, que le travail est moins avancé.

3° *Une période ou état d'analgésie complète*. — La douleur a complètement disparu. Elle s'est dissociée du tact, en se laissant abolir avant lui, et ce dernier se trouve ainsi réservé, pour devenir le tact intérieur, la pression obstétricale.

C'est à ce degré que doit se borner l'anesthésie obstétricale. Quelques inhalations de plus, et l'on arrive à la véritable narcose.

Si nous nous en rapportons à notre propre expérience, voici ce que nous avons observé :

1° Le chloroforme donné à petites doses, produit incontestablement ce que Campbell a appelé *la période de soulagement initial*, c'est-à-dire, un apaisement physique et moral, une accalmie, qui est déjà un grand bien-être pour la malade ;

2° Poussées à un degré plus avancé, et pendant un temps plus prolongé, les inhalations de chloroforme déterminent, dans l'immense majorité des cas, une atténuation de la douleur utérine. La malade sent moins, l'intelligence est en partie conservée, mais en même temps, la contraction utérine devient plus lente, plus espacée, surtout pendant la première période ;

3° Quant à la période d'analgésie totale, nous ne l'avons jamais observée, que quand la femme était complètement anesthésiée, et alors, ce n'est plus de l'anesthésie obstétricale, c'est de l'anesthésie chirurgicale ;

4° Dans quelques cas, quel que soit le mode d'administration du chloroforme (dose massive, ou dose modérée), non seulement le chloroforme ne calme pas, mais il produit une excitation telle, qu'on est obligé d'y renoncer ;

5° Dans quelques autres cas, le chloroforme nous a paru déterminer, d'une façon très nette, une diminution de la rétractilité utérine, et par suite, devenir la cause d'hémorragies plus ou moins sérieuses après l'accouchement.

6° Son action sur l'enfant nous a paru nulle ;

7° Administré pendant la période d'expulsion, le chloroforme amène un certain soulagement ; mais son action sur les contractions des muscles abdominaux et sur la résistance du périnée, nous semble moins manifeste qu'on ne l'admet généralement. La sensation *douleur* n'est pas complètement abolie, les contractions sont fréquentes, mais nous n'avons jamais constaté, ce que Campbell a appelé *dissociation du sentiment tact et du sentiment douleur*.

Indications. — Sans donc vouloir appliquer le chloroforme à tous les accouchements naturels, nous croyons qu'il peut rendre de grands services dans la pratique. Notre rôle est avant tout de diminuer les souffrances de nos malades, et si la femme près de laquelle nous sommes appelés, se sent soulagée, que ce soit un simple effet de son imagination, comme le veulent certains auteurs, que ce soit l'action du chloroforme, et elle nous

paraît indéniable, la question est résolue. Nous ne proposons jamais le chloroforme dans l'accouchement naturel, sauf pour quelques indications spéciales que nous allons passer en revue ; mais si notre malade le réclame, nous ne nous croyons pas en droit de lui refuser un médicament, qui amène chez elle un soulagement réel.

Indications spéciales. — Il est surtout indiqué dans deux cas :

1° Chez les primipares, chez certaines femmes nerveuses, que la douleur excite au plus haut degré, chez lesquelles les manifestations douloureuses se traduisent par une agitation excessive, pouvant aller presque jusqu'au délire ; chez celles chez lesquelles le travail se prolonge indéfiniment, amenant une fatigue qui peut n'être pas sans danger.

2° Toutes les fois qu'il y a spasme, contraction, rigidité spasmodique du col ou du corps de l'utérus.

Ce sont là les vraies indications du chloroforme, et administrer à la femme des inhalations chloroformiques, est faire de la bonne et vraie thérapeutique. Outre le calme que l'agent anesthésique détermine, on voit généralement ces spasmes, ces contractions pour ainsi dire tétaniques, céder quelquefois rapidement, et le travail reprendre une marche régulière, qui amène promptement la terminaison du travail, au grand bénéfice de la mère et de l'enfant.

Contre-indications. — Le travail est-il au contraire normal et régulier, la femme multipare, les douleurs médiocres, nous résistons autant que possible aux demandes des malades, cherchant à gagner du temps, et à leur faire comprendre que les inconvénients du médicament l'emportent sur ses avantages.

Nous le rejetons absolument, dans tous les cas où il y a hémorragie (placenta prævia), épuisement trop considérable de la femme, maladies des organes circulatoires ou respiratoires, affections du cerveau, alcoolisme, etc.)

S'agit-il enfin d'une intervention, soit manuelle, soit instrumentale, d'accord avec tous les accoucheurs, nous donnons le chloroforme, mais alors non plus à dose obstétricale, mais à dose chirurgicale. Ce n'est plus de l'anesthésie obstétricale dont il peut être question. Ce que l'on cherche à obtenir, c'est la *véri-
table narcose chirurgicale*.

Moment d'application.— C'est surtout pendant la *période de dilatation* que l'anesthésie obstétricale trouve son emploi. C'est à ce moment que les réflexes sont généralement les plus intenses, que l'agitation est la plus grande, que les douleurs sont le plus péniblement supportées par les malades : c'est alors que le chloroforme les soulage le plus. Le soulagement initial de Campbell produit chez les malades une sorte d'ébriété qui, tout en leur laissant la perception de la douleur, l'atténue considérablement, et les maintient dans un état de bien-être, qu'elles accusent nettement. Repos absolu dans l'intervalle des contractions, et disparition de l'endolorissement général qui persiste durant ces intervalles, tel est le résultat du chloroforme donné à doses obstétricales, pendant la période de dilatation.

Pendant la période d'expulsion. — La femme a besoin de conserver l'intégrité de sa volonté, pour aider par la contraction de ses muscles abdominaux les efforts utérins. Or, nous l'avons vu, si l'on continue le chloroforme pendant un certain temps, même à des doses atténuées, on arrive rapidement à dépasser l'anesthésie obstétricale, et on produit la narcose, c'est-à-dire l'analgésie complète, avec perte absolue de la connaissance. Nous croyons donc qu'à cette période, il vaut mieux avoir recours aux anesthésiques locaux. Ceux-ci, comme nous le verrons, ont une action réelle, et dussent-ils même échouer, nous ajouterons que le chloroforme nous semble moins nécessaire.

La femme, même la plus pusillanime, se rend compte des progrès du travail, elle reprend courage, et nous avons vu, nombre de fois, des malades qui avaient réclamé avec instance le chloroforme pendant la période de dilatation, le rejeter et le repousser pendant la période d'expulsion.

Accidents dus à l'anesthésie obstétricale. — Si l'anesthésie obstétricale présente des avantages réels, l'emploi du chloroforme n'est pas toujours sans inconvénients, et c'est ainsi qu'on lui a reproché de provoquer les nausées, les vomissements, la céphalagie, des accidents nerveux divers, de prédisposer aux accidents puerpéraux. Si les premiers peuvent dépendre du chloroforme, ils sont en tout cas peu sérieux, et vouloir attribuer les accidents puerpéraux à l'emploi du chloroforme, serait tom-

ber volontairement dans une erreur grossière. Mais il est un certain nombre d'autres accidents, qui semblent être sous la dépendance plus réelle du chloroforme, et que nous devons passer en revue :

1° *Les hémorrhagies.* — Certains auteurs accusent le chloroforme de déterminer des hémorrhagies. Cela peut être vrai quand on a poussé l'anesthésie jusqu'à la narcose vraie, et nous en avons vu quelques exemples ; mais quand il s'agit de l'anesthésie obstétricale pure et simple, il n'en est plus de même, et cela va de soi, puisqu'elle laisse à la contractilité utérine toute son intégrité ;

2° *L'éclampsie.* — Ici encore on ne peut accuser le chloroforme, qui est au contraire un des meilleurs moyens de traitement contre cette affection ;

3° *La manie puerpérale.* — Or, il résulte de l'étude détaillée des observations que, bien loin d'y prédisposer, et surtout de la produire, le chloroforme semble avoir pu, dans certains cas, calmer ou même faire cesser complètement les troubles intellectuels, survenus sous l'influence de douleurs vives et longtemps prolongées. La manie puerpérale survient chez des malades prédisposées par leurs ascendants et l'hérédité. L'accouchement n'est que la cause déterminante, par l'ébranlement nerveux qu'il produit, et le chloroforme, en diminuant l'excitation nerveuse, devrait bien plutôt contribuer à empêcher la manie puerpérale de se manifester.

4° *Syncope cardiaque. Syncope respiratoire. Mort subite.* — Dutertre, qui a recueilli tous les cas de mort attribués au chloroforme donné pendant l'accouchement, en cite une quarantaine empruntés à différents auteurs. De ces 40, il en élimine 13, où la mort peut être attribuée à d'autres causes, mais il n'en reste pas moins 27, dans lesquels la mort est bien réellement due au chloroforme. Mais en étudiant ces 27 cas, on voit que dans un certain nombre d'entre eux, les femmes chloroformisées étaient atteintes d'affections cardiaques ou pulmonaires, où étaient des alcooliques, ou que le chloroforme n'avait plus été donné à dose obstétricale, mais à dose chirurgicale. On peut donc dire que les accidents déterminés par le chloroforme seul sont rares. Néanmoins ils sont possibles, on ne saurait donc trop s'entou-

rer de précautions, dans l'administration de cet agent anesthésique.

Ebriété alcoolique. Délire passager.—Nous avons eu il y a quelques mois, à observer un cas curieux d'accidents chloroformiques. Chez une jeune femme de 19 ans, le chloroforme donné prudemment, à dose *presque* chirurgicale, sans aller pourtant jusqu'à la perte complète de connaissance, pendant un quart d'heure seulement, fut admirablement supporté. La malade se réveilla calme, heureuse, gaie, en pleine possession de son intelligence, causant et relatant les diverses phases de notre intervention, qui, disait-elle, n'avait pas été douloureuse, quoiqu'elle en eût parfaitement conscience. Il y avait deux heures juste qu'elle n'était plus sous l'influence chloroformique, quand tout à coup elle se mit à délirer; délire joyeux du reste, pendant lequel ces mots: quel bonheur, il faut annoncer la bonne nouvelle, revenaient constamment. Rien de particulier du côté de l'estomac, des intestins, pas de vomissements, pas d'élévation de la température, un peu d'agitation du pouls seulement. Cet état dura trois heures, et au bout de ce temps tout rentra dans l'ordre. Ce délire, que nous ne pouvons attribuer qu'à une véritable ébriété chloroformique, disparut sans que la malade en ait eu conscience, et sans avoir eu de conséquences fâcheuses.

J'ajouterai que depuis, cette jeune femme qui a été soumise à une anesthésie chirurgicale complète, pour un curage utérin, n'a présenté cette fois aucun accident chloroformique analogue au précédent.

Il est cependant généralement admis, que la femme en travail, jouit d'une certaine immunité pour le chloroforme. On a invoqué à ce propos beaucoup de théories que nous ne voulons pas rééditer; il nous semble que c'est surtout l'intermittence des contractions et, la succession régulière de ces contractions, qui tenant en éveil la sensibilité (action désanesthésiante de l'effort, Campbell), explique cette immunité.

Du côté de l'enfant. — S'il est vrai que le chloroforme pénètre par endosmose à travers le placenta dans la circulation fœtale, il ne s'y trouve jamais qu'en très petite quantité. Il n'exerce sur le cœur fœtal qu'une très légère influence (excitation temporaire

au début de l'anesthésie). Il ne cause pas la mort du fœtus, et ne paraît avoir aucune influence sur la production de l'ictère des nouveau-nés. Après la naissance, l'enfant conserve quelque temps cette immunité pour le chloroforme.

Mode d'administration. Doses. — La première condition est d'employer du *chloroforme chimiquement pur*. Elle est absolument indispensable, car l'impureté du chloroforme peut entraîner la mort par syncope respiratoire. — De plus, elle rend l'anesthésie obstétricale difficile à obtenir ; avec le chloroforme impur, on ne détermine que l'anesthésie chirurgicale, et encore avec des doses massives.

Faibles doses. — Contrairement à l'opinion de Simpson, qui procédait d'abord par une dose massive, et diminuait progressivement la quantité, il faut toujours procéder par faibles doses, débuter lentement, progressivement, avoir le soin tout d'abord de mettre un intervalle entre les inhalations (intermittences de Gosselin) ; ne jamais dépasser un faible degré d'anesthésie, sans aller jusqu'à la perte de connaissance, et n'administrer le chloroforme que dans la position horizontale.

Avoir le soin de ne jamais confier le flacon de chloroforme à la malade ou à un des assistants, mais verser soi-même le chloroforme, ou s'en rapporter à un aide habitué à l'emploi des anesthésiques.

Nous nous servons habituellement soit d'un simple mouchoir, soit du cornet de Dubois, de Delattre, du masque de Legroux, Bailly, Doléris. La dose de chloroforme employée chaque fois, ne doit pas dépasser 20 gouttes, et nous suspendons toujours les inhalations pendant l'intervalle des contractions. En agissant ainsi, on obtient sans danger l'anesthésie obstétricale, mais même dans ces conditions, nous surveillons toujours avec le plus grand soin le pouls et la respiration des malades, pour pouvoir supprimer le chloroforme, et intervenir à la moindre alerte.

A côté de ces trois grands agents, éther, chloral et chloroforme, on a cherché à employer le *bromure d'éthyle* et le *protoxyde d'azote*. Ils présentent, selon nous, plus de dangers que le chloroforme, sans en avoir les avantages, et sont d'un em-

ploi difficile pour la pratique courante, ce qui nous empêche d'y insister.

L'antipyrine recommandée par *Queirel*, et différents auteurs, comme un agent actif contre la douleur de la contraction utérine, et employée en injections sous-cutanées, à la dose de 25 centigrammes, à une période quelconque de l'accouchement, injections qui peuvent être renouvelées au bout de deux heures, jusqu'à la dose de 4 grammes, a été essayée sans résultats par Guéniot et par nous-même. Chiara dit pourtant s'en être bien trouvé dans quelques cas.

Agents anesthésiques combinés. — Quelques auteurs ont cherché à combiner les substances anesthésiques, de façon à obtenir un mélange qui, réunissant les différentes qualités des anesthésiques, n'en aurait point les inconvénients. De là la création des mélanges suivants (voir thèse de Dutertre) ;

Le chloric éther, mélange de chloroforme, d'eau et d'alcool ;
La mixture autrichienne, mélange de chloroforme et alcool ;
Mélange américain, mélange de chloroforme, éther, alcool ;
Chloroforme et ergot de seigle ;
Chloroforme et opiacés ;
Chloroforme et belladone ;
Chloroforme et morphine ;
Chloral et chloroforme ;
Chloral, morphine et chloroforme ;
Alcool, chloroforme, éther ;
Éther, chloral, chloroforme ;
Protoxyde d'azote et éther.

Ces substances ont contre elles la complexité de leur composition et leur défaut de stabilité, ce qui les rend d'une adoption difficile pour l'usage courant.

II. — Anesthésie locale.

Cocaïne. — Le 27 janvier 1885, Doléris communiquait à la Société de biologie, le résultat de ses recherches sur les avantages du *chlorhydrate de cocaïne* employé en badigeonnages, comme anesthésique local dans les accouchements. (Solution à 5 p. 100.)

« Une étude soutenue et approfondie des phénomènes dou-

loureux de l'accouchement, permet de les dénoncer de la façon suivante :

1° Il y a d'abord la douleur de la contraction utérine, analogue à tout effort accompli par un organe musculaire à fibres lisses, luttant contre un obstacle matériel. Nous ne pouvons rien contre cette sensation, mais l'expérimentation démontre qu'elle n'a rien d'excessif. Elle doit même être insignifiante, si l'on s'en rapporte d'une part, aux contractions indolores de la grossesse, d'autre part, au peu de souffrance qui persiste après l'analgésie. La distension du segment inférieur de l'utérus est peut-être la véritable cause de la douleur ressentie pendant les contractions.

2° Il y a ensuite la douleur qui résulte de la distension, du tiraillement des nerfs des portions sus-vaginales et intra-vaginale du col et de ceux du vagin. Par des badigeonnages analgésiques répétés, portant sur les régions mises à découvert, au fur et à mesure de la dilatation, on l'atténue d'une façon remarquable.

3° Il y a la douleur vive, profonde, due à la compression des troncs nerveux du bassin, contre laquelle nous ne pouvons rien.

4° Il y a ensuite la douleur ressentie par les muqueuses. On la supprime.

Enfin, la douleur de l'expulsion à la vulve, qui est parfois atroce. On peut également la supprimer.

« Les femmes observées par moi avec une attention minutieuse, ont constamment accusé une diminution étonnante, ou la cessation complète des impressions douloureuses ressenties, dont elles rapportent d'ordinaire le siège au bassin ou aux parties génitales. Beaucoup d'entre elles n'éprouvaient plus que des sensations vagues dans le bas-ventre, et continuaient à accuser des douleurs dans les reins. Toutefois, le changement opéré par l'action du médicament était vraiment surprenant et singulier.

« Quant à la période d'expulsion, je puis dire qu'elle est à peu près indolore, et que ce résultat tend à se confirmer de plus en plus. »

En 1886, Jeannel, se basant sur les recherches de Polk, Lejars et Dujardin-Beaumetz, Holtz, Frankel, Doléris, essaya

à son tour la cocaïne, et confirma pleinement les recherches de ce dernier auteur.

Pendant la première période de l'accouchement, on se sert d'un spéculum, au travers duquel on va badigeonner le col, les culs-de-sac et les parois du vagin, à l'aide d'un pinceau ou même d'un tampon de ouate, trempé dans la solution, et qu'on laisse à demeure.

Pendant la deuxième période, le spéculum est inutile ; on introduit directement le tampon, en ayant soin de le mettre en contact avec toute la muqueuse du vagin et de la vulve, et de répéter les applications, jusqu'à ce que l'insensibilité soit obtenue.

L'analgésie des voies génitales doit nécessairement rencontrer dans la pratique un certain nombre de cas réfractaires. Toutefois, comme le médicament est inoffensif, il peut toujours être essayé.

Enfin, disons quelques mots de *l'Hypnotisme pendant le travail de l'accouchement*. — Depuis quelques années, les études sur les phénomènes d'hypnotisme, de suggestion, ont vivement préoccupé le monde scientifique, et après les applications de l'hypnotisme au traitement de certaines affections nerveuses, on a cherché si on ne pourrait pas l'employer en obstétrique. Pritzl, Dumontpallier, Auvard et Secheyron, Mesnet, Thomas, publièrent quelques observations de femmes accouchées sans douleur, dans le sommeil hypnotique. Au commencement de cette année, Auvard et Secheyron, et Sallis, de Bade, ont publié sur ce sujet deux articles fort intéressants. Auvard et Secheyron ont pu recueillir ainsi 13 observations tant personnelles qu'empruntées aux différents auteurs précités.

Quelle utilité l'obstétrique peut-elle retirer de ces pratiques ? Voilà le fond de la question. De l'aveu même des expérimentateurs, l'hypnotisme, à supposer qu'il puisse être obtenu, n'a qu'un effet analgésiant, médiocre. Ceci suffirait à le faire repousser. Mais le point capital, c'est que si l'on écarte l'intérêt d'actualité que comportent ces études, il est aisé de voir que l'échec a tenu surtout, à ce que le nombre des sujets réfractaires à l'hypnotisme, dépasse de beaucoup celui des sujets d'élections.

On conçoit à la rigueur qu'un chirurgien obtienne chez un

sujet favorable l'hypnose complète, car il opère en dehors de toute perception douloureuse avant une opération, tandis que l'accoucheur ne peut raisonnablement opérer qu'après le début du travail, c'est-à-dire, en pleine période d'inquiétude, et de douleur paroxystique progressivement croissante.

Enfin, l'hypnotisme comporte des qualités spéciales de la part de celui qui expérimente, qualités psychiques, autant que physiques, qui ont déjà dû établir une sorte d'influence habituelle de l'opérateur sur le sujet. En dehors de ces conditions, il est rare de voir des sujets, même très impressionnables, céder aux procédés ordinaires de l'hypnotisme.

Il résulte du reste des 13 observations recueillies par Auvard et Secheyron, que dans 4 cas seulement le succès a été complet, et que 9 fois il y a eu échec partiel ou total.

Les femmes qui ont pu accoucher en état de catalepsie étaient des hystériques, en pleine période aiguë au moment où l'accouchement s'est effectué. Il n'est même pas démontré que chez elles l'analgésie ait été réelle.

M. PAJOT. — La question de l'emploi du chloroforme dans les accouchements, de l'*Anesthésie à la Reine*, est pour moi résolue depuis longtemps. J'ai en effet employé le chloroforme plus de 300 fois. J'ai donc pu en observer les effets, et acquérir des résultats qu'il donne, une certaine expérience. — Dans cette étude je me suis appuyé sur les expériences de Claude Bernard.

L'expérimentation clinique a justifié toutes les assertions de cet illustre observateur.

Claude Bernard, un expérimentateur presque aussi habile que les jeunes accoucheurs qui tentent de ressusciter le Campbellisme, a écrit :

« L'*anesthésie* ne se produit pas aussitôt que le chloroforme « a pénétré dans le sang, elle ne *commence* que lorsqu'il s'y « trouve en quantité *suffisante*. L'*anesthésie cesse* lorsqu'il y a « encore du chloroforme dans le sang, mais qu'il n'y en a plus « assez pour que l'action persiste.

« Les centres nerveux sont-ils atteints tous en même temps « par l'action du chloroforme. Non. Le cerveau est pris le pre-

« *mier. On perd d'abord la conscience du moi, la connaissance des faits extérieurs.*

« Ainsi que le montre l'observation de l'anesthésie chez l'homme, c'est d'abord *la conscience du moi* qui est abolie, « *vient ensuite la perte de la sensibilité*, c'est-à-dire la perception « *des impressions produites sur les organes des sens, sur la peau, mais la sensibilité interne subsiste encore.* »

« Nous savons déjà que si *l'on fait pénétrer trop peu de chloroforme à la fois*, l'élimination, conservant son activité normale, enlève ce chloroforme à mesure de son entrée, de telle sorte, *qu'à aucun moment*, il ne s'en trouve une quantité suffisante *pour entraîner l'anesthésie.* »

« Maintenant, comment meurt le nerf sensitif? Il perd son excitabilité et ses propriétés vitales sans doute, mais les perd-il *graduellement*, de façon que l'excitabilité nerveuse normale étant représentée par 20, elle descend progressivement de 20 à 19, puis à 17 *et ainsi de suite jusqu'à devenir nulle.* Non. « Ce n'est pas ainsi que se passent les choses. »

« Quand un élément histologique meurt ou tend à mourir, *son excitabilité avant de diminuer commence toujours par augmenter et ce n'est qu'après cette excitation primitive* qu'elle redescend et s'étend progressivement. » (1).

Quelle sagacité, quelle intelligence, quelles observations admirables!

Pour les cerveaux qui savent voir, la clinique confirme en tous points, dans la chirurgie, dans l'obstétrique, les expériences de Claude Bernard.

Quel étudiant en médecine n'a vu, aujourd'hui, dans les hôpitaux, des femmes *endormies* par le chloroforme et donnant, par leurs cris et leurs plaintes, les signes de la plus vive sensibilité, jusqu'à ce que, les doses augmentées, l'anesthésie *vraie* succède à cette sorte d'exaltation de la sensibilité.

Quel étudiant en médecine n'a vu l'insensibilité *absolue pendant l'opération*, mais le chloroforme étant enlevé, la sensibilité réparaître peu à peu, *le sommeil durant encore.*

Parce que, comme je l'ai écrit il y a plus de dix ans : l'anesthésie est *au delà* du sommeil.

(1) Leçons sur les anesthésiques. Claude Bernard, 1875.

Que penser de Campbell et de ses imitateurs qui ne vont pas même jusqu'au sommeil !

Claude Bernard écrit en effet : « Le sommeil n'est pas l'anesthésie. »

Ce n'est que lorsque la femme est endormie depuis quelque temps que l'anesthésie arrive. Si on la pince avant ce moment, elle crie. Comment donc par petites doses, alors qu'on n'arrive pas au sommeil, comment ferait-on disparaître la douleur ? L'anesthésie par petites doses est un moyen d'occuper la femme, de gagner du temps. Si on ne va pas jusqu'au sommeil, il est impossible d'obtenir l'anesthésie, par conséquent d'atténuer la douleur.

Quand on commence à administrer le chloroforme, certaines femmes crient bien davantage. Campbell avait observé ce fait, A cela rien d'étonnant si l'on se rappelle qu'un des premiers effets du chloroforme est de provoquer l'excitation du sujet. Les inhalations faibles ne peuvent pas faire disparaître la douleur et quelquefois amèneront tout simplement chez le sujet la *période dite d'excitation*.

La demi-anesthésie est une manière de gagner du temps, et cette pratique est déjà vieille. Mais il est des morts qu'il faut tuer. Le *vrai* mot de l'anesthésie des Campbellâtres a été dit par MM. les dentistes de la 4^e page.

Extraction *avec douleur* 5 francs, *sans douleur* 20 francs. Avec cette différence pourtant, en faveur des dentistes.

L'anesthésie *dentaire* tient sa promesse. La *demi-anesthésie*, aujourd'hui *anesthésie obstétricale*, ne la tient pas.

Quel homme intelligent et tant soit peu observateur pourrait en douter ?

Les accoucheurs ont depuis plusieurs siècles cherché le moyen de gagner du temps. On connaît, depuis Mauriceau, cette fameuse potion qui demandait 2 à 3 heures pour être faite, et qui n'arrivait que le travail étant terminé. On s'est servi aussi des onctions à la graisse de vipère, de médailles, etc. Que dire de tout cela, sinon que souvent il est bon d'occuper l'esprit de la patiente et de gagner quelques heures. La demi-anesthésie chloroformique est un passe-temps, pas autre chose.

M. GUÉNIOT. — Je profite de l'occasion pour dire ce que j'ai observé. Au début, j'ai employé le chloroforme, et ses effets

m'ayant paru d'une utilité très douteuse, et je me suis rangé plutôt dans le camp de ses adversaires. A propos de la discussion qui s'engagea à la Société médicale des hôpitaux, j'eus de nouveau recours à son emploi, et cela d'une façon systématique. Je dois dire que mon opinion se modifia sensiblement.

Je ne veux point parler ici de l'anesthésie complète, mais de l'anesthésie plus ou moins rudimentaire, que l'on qualifie de demi-anesthésie, et même, si l'on veut, de quart d'anesthésie. Claude Bernard a noté les phénomènes qui accompagnent l'anesthésie chez les animaux; je me borne à relater les phénomènes observés dans la demi-anesthésie. Les effets obtenus sont essentiellement variables. Des personnes qui désirent le chloroforme, le repoussent après quelques inspirations, n'en retirant aucun avantage; d'autres, au contraire, s'en trouvent fort bien; l'apaisement se produit; à l'agitation primitive succède un calme complet. Quela douleur subsiste, peu m'importe; ce qui, pour moi, est décisif, c'est que la parturiente la supporte plus aisément. Chez la femme d'un confrère qui avait des douleurs atroces, je donnai le chloroforme; l'effet fut merveilleux. Mais, je le répète, on constate d'autres fois un insuccès complet. Je dois ajouter que je suis loin de donner le chloroforme, dans tous les cas; j'attends volontiers qu'on me le demande, et cela, parce que j'ai noté chez les femmes chloroformisées, une certaine propension aux hémorragies par inertie utérine. De quelle façon donner le chloroforme? Je serais de l'avis de M. Bailly, qui l'administre dans l'intervalle des douleurs, si je voulais impressionner vivement la femme; mais pour atténuer simplement la douleur, je le donne au début des contractions.

Grossesse extra-utérine. — Accidents graves et affaiblissement. — Ablation du fœtus mort, âgé de quatre mois par la laparotomie, par le Dr TERRILLON. — M. Terrillon montre un fœtus de quatre mois, qu'il a enlevé le matin même, par la laparotomie, pour une grossesse extra-utérine compliqué d'accidents graves. Voici l'histoire de la malade :

Madame X..., âgée de 27 ans, s'est mariée à 20 ans. Elle a eu un enfant à 21 ans. Depuis son accouchement, elle est bien portante, sauf qu'elle reste toujours faible.

Le 8 septembre 1888, ses règles viennent plus abondantes que d'habitude et durent plus longtemps. Le 8 octobre, les règles reparaisent, sans autre accident ainsi qu'en novembre, décembre et les premiers jours de janvier 1889. Ce fut la dernière fois. Au 15 février, elle éprouva de la gêne dans le bas-ventre, gêne qui alla en augmentant jusqu'au 26 février.

C'est alors que le Dr Mesny, appelé auprès d'elle, constata les phénomènes suivants :

La malade éprouve des douleurs violentes analogues à celles que provoquent une fausse-couche.

Mais il n'y a aucun écoulement, ni aqueux, ni sanguin par la vulve.

Le toucher vaginal n'indique rien de spécial.

Quelques jours après, on constate une sensibilité à la pression dans la fosse iliaque gauche et se prolongeant du côté du vagin.

Le 2 mars, nouvelles poussées douloureuses, avec irradiation dans les parties voisines.

En même temps on peut sentir une petite tumeur dans la fosse iliaque gauche, tumeur qui va en augmentant assez rapidement de volume et offre un contour assez précis, lorsque le calme a duré quelques jours ; mais elle présente au contraire un empâtement périphérique nettement inflammatoire, très étendu, en même temps qu'un état général correspondant à une phlegmasie péritonéale, chaque fois qu'une poussée survient.

Depuis cette époque jusqu'au 8 mai, où on la transporta à la Salpêtrière, l'état général alla en s'aggravant.

La tuméfaction du côté gauche augmentait progressivement. Elle atteignit la hauteur de l'ombilic et dépassa la ligne médiane à droite de plusieurs travers de doigts. L'utérus, repoussé à droite et immobilisé, ne présentait rien de spécial.

Une température élevée, le pouls fréquent et filiforme, des frissonnements, des nausées et la langue sèche, indiquaient un travail inflammatoire interne.

Il semblait qu'on assistait à une phlegmasie des annexes du

côté gauche avec formation de pus, ce qui semblait probable à cause de l'état général et de la fièvre intense.

La malade fut transportée à la Salpêtrière avec peine le 8 mai et eut plusieurs syncopes pendant le trajet.

Opération, 9 mai 1889, à la Salpêtrière.

Ouverture de l'abdomen sur la ligne médiane.

Après l'incision des muscles et aponévroses, on trouve une membrane épaisse, vasculaire, se déchirant facilement et confondue avec le péritoine. Elle est violacée.

En incisant plus profondément, on donne issue à un flot de liquide sanglant, noirâtre, très fluide.

Après l'évacuation d'une assez grande quantité de ce liquide, et agrandissement de l'ouverture, on voit paraître un cordon ombilical qui fait hernie dans la plaie.

Celle-ci est agrandie, et on peut extraire un fœtus mort, de 25 c. de long, peu altéré, mais la tête étant déjà violacée.

Le cordon est coupé et lié, mais le placenta, gorgé de sang, est laissé en place, il saigne un peu.

Pour terminer l'opération on pratique le lavage de la poche à grande eau avec drainage et pansement à la gaze iodoformée.

Pendant l'opération, la malade est très faible. Le pouls manque plusieurs fois. Une piqûre d'éther deux fois répétée, permet de la ranimer un peu.

Après l'opération elle est très abattue, ne reprend qu'à peine connaissance.

Des lavements de champagne ne peuvent la ranimer; elle meure douze heures après l'opération.

Présentation d'instrument.— M. Auvard présente, au nom de M. le Dr Sloan, de Glasgow, un nouveau forceps asymétrique qui permet de saisir la tête suivant le diamètre antéro-postérieur.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

*Seance du 13 juin 1889.*Présidence de M. le D^r POLAILLON.

SOMMAIRE. — Procès-verbal de la dernière séance. — *Correspondance manuscrite* : Lettre de M. le D^r Guéniot s'excusant de ne pas assister à la séance. *Correspondance imprimée* : *Gazette de Gynécologie*, 2 numéros. — *Annales de Gynécologie*, 5 numéros. — *New-York Médico-Légal Journal*, 1 fascicule. — *Académie de Rome*, 2 numéros. Leçons de clinique obstétricale par le D^r Budin. — 1 vol.

ORDRE DU JOUR. D^r AVRARD. Administration de 14 millig. de sulfate, de strychnine pendant l'accouchement. — Docteur LOVIOT: Présentation du siège. Singulière erreur. — Continuation de la discussion sur l'anesthésie obstétricale. — Docteur BAILLY.

M. AVRARD. — **Administration de 14 milligrammes de sulfate de strychnine pendant l'accouchement.** — Le 21 décembre 1887, je suis appelé par un confrère pour terminer l'accouchement de madame T..., primipare, âgée de 30 ans, et bien conformée.

La dernière époque menstruelle date du 13 mars. La grossesse est donc à terme.

Le travail se faisant lentement, au bout de vingt-quatre heures, la sage-femme, dans l'espoir d'activer les contractions, donne des granules de 1 milligramme de sulfate de strychnine. Elle en administre 14 en l'espace de onze heures (de 1 heure après-midi à minuit).

Les contractions ne furent nullement influencées par ce médicament, et les douleurs restèrent faibles et éloignées.

On attendit encore ainsi pendant toute la journée du lendemain.

Cependant, au bout de soixante heures, la parturiente et son entourage commencèrent à éprouver quelques craintes, et on se décida à aller chercher un médecin.

A son arrivée, celui-ci constatant qu'il avait affaire à une présentation du sommet et que la dilatation était complète, chercha à appliquer le forceps; mais la partie fœtale étant encore très élevée, il ne put parvenir à appliquer convenablement l'instrument. Une heure plus tard il tenta une seconde application. N'étant pas plus heureux cette fois que la première, il prit le parti de me faire chercher.

En arrivant auprès de la malade, je la trouvai dans un léger état d'excitation générale, ne ressentant que de temps en temps de faibles douleurs, absolument insuffisantes pour amener l'expulsion du fœtus.

Par le palper, je constatai que l'utérus tétanisé avait la dureté de la pierre, ce qui rendait impossible tout examen relatif à la position de l'enfant. Il était possible, toutefois, d'entendre les battements du cœur.

Le toucher me fit reconnaître une position du sommet situé encore très haut, et dans le diamètre oblique gauche. Le col, dilaté de moitié, était circonscrit par des bords durs et minces.

En présence de cet état spasmodique du col, je crus bien faire en donnant, à dose chirurgicale, le chloroforme qui, pensai-je, pourrait agir sur l'état de l'orifice, et me permettre de faire une application de forceps.

Je n'obtins pas l'effet espéré.

Je fis alors donner à la malade un grand bain, et faire sur le col des onctions de belladone.

Quatre heures plus tard, la dilatation étant complète, je priai mon confrère de donner de nouveau le chloroforme, afin de pouvoir appliquer le forceps.

La pression qu'exerçait la tête au niveau de la marge du bassin était *considérable*. Ce ne fut qu'avec beaucoup de peine que je parvins à glisser, entre ce rebord et la tête, la main qui devait servir de guide à l'instrument.

Le forceps une fois en place, j'exerçai quelques tractions qui amenèrent facilement la tête dans l'excavation, où je lui fis exécuter sans difficultés son mouvement de rotation, puis je la dégageai.

Je crus à ce moment en avoir fini avec les difficultés : je me trompais.

Ayant constaté l'existence d'un circulaire autour du cou de l'enfant, je cherchai à terminer rapidement l'accouchement et pour cela à aider le mouvement de rotation des épaules, qui se trouvaient alors directement dans le diamètre biischiatique.

Malgré tous mes efforts, et en employant les procédés connus, je ne pus faire exécuter ce mouvement de rotation.

Je voulus aller à la recherche d'un bras pour l'attirer au dehors, mais je ne pus faire pénétrer que les deux premières phalanges du doigt, tant la partie fœtale était vigoureusement accolée contre les parties maternelles.

Au bout de quelques minutes, n'en pouvant plus, je priai mon confrère de vouloir bien me remplacer, espérant que peut-être il serait plus heureux que moi. Il n'en fut rien, et après quelques tentatives inutiles de sa part, je dus reprendre ma place.

Enfin, quelques instants plus tard, je finis par faire opérer aux épaules un mouvement de rotation suffisant pour pouvoir dégager l'enfant.

Ce dernier, né en état de mort apparente, ne put être rappelé à la vie, malgré les soins que lui prodigua mon confrère pendant plus d'une heure. C'était un garçon bien constitué et à terme. Il ne fut pas pesé.

La délivrance se fit rapidement et naturellement.

Les suites de couches furent absolument normales.

Pendant tout le travail, je m'étais servi comme liquide antiseptique de la solution de sublimé au 1/2000.

Voyons maintenant quels ont été les phénomènes observés chez cette malade, qui avait en quelques heures absorbé quatorze milligrammes de sulfate de strychnine.

Chez elle, le médicament semble n'avoir porté son action que sur les muscles de la moitié inférieure du corps, car à part une légère excitation générale, avec conservation entière de l'intelligence, nous n'avons observé ni opisthotonos, ni trismus, ni raideur dans les muscles du cou ou du thorax. Ces phénomènes, qui d'habitude précèdent les secousses qui se montrent dans les membres, ont absolument manqué.

La respiration était bonne et le pouls normal.

Les membres supérieurs ne présentèrent aucun phénomène d'agitation ou de mouvement.

Seuls les membres inférieurs présentèrent des mouvements bien certainement dus à l'influence de la strychnine.

Trois heures environ après avoir pris la dernière dose du médicament, la malade ressentit dans les jambes, et principalement dans la jambe droite, de vives douleurs revenant de temps en temps, ne durant que quelques secondes, et parcourant le membre dans toute sa longueur : de véritables douleurs fulgurantes. Pendant le temps qu'il nous fallut pour faire l'application de forceps, et surtout pour faire l'extraction du tronc, nous avons, bien que notre malade fût profondément endormie, remarqué dans les membres inférieurs de violentes secousses, semblables à de véritables secousses électriques, qui se reproduisirent de dix à douze fois. Elles furent plus nombreuses du côté droit que du côté gauche. La jambe semblant en quelque sorte mue par un ressort, présentait alors un rapide et brusque mouvement d'extension, tellement violent que mes aides, le mari et la sage-femme, étaient impuissants à l'empêcher, et que même ils furent à plusieurs reprises rejetés hors de leur siège.

Ces mouvements doivent être, suivant nous, attribués à la strychnine. Ils cessèrent après la terminaison de l'accouchement.

Quant à l'utérus, nous y avons observé, comme nous l'avons déjà dit, un état tétanique très prononcé. Ici, nous ne saurions être aussi affirmatif, et sans nier d'une façon absolue l'influence qu'a pu exercer le médicament sur la fibre utérine, nous croyons qu'il faut surtout tenir compte de celle qu'ont pu avoir sur sa production, les nombreuses manœuvres auxquelles l'organe avait été soumis avant notre arrivée. Rappelons-nous que notre malade était en travail depuis soixante heures, que bien des fois la sage-femme avait pratiqué le toucher, que notre confrère avait fait deux tentatives d'application de forceps, et que toutes ces manœuvres n'avaient certainement pas eu lieu sans irriter l'organe.

De ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure :

1° Que la strychnine, malgré son action bien connue sur le système nerveux spinal, agit peu, en admettant même qu'elle agisse, sur la fibre utérine et ne saurait être regardée comme succédanée de l'ergot de seigle.

2° Qu'outre les douleurs qu'elle détermine dans les membres

inférieurs, elle peut y faire naître, malgré une anesthésie profonde, des mouvements excessivement violents, venant encore augmenter les difficultés dans les cas d'intervention obstétricale.

Nota. — Six semaines après ce premier accouchement, madame T. redevenait enceinte. Cette seconde grossesse s'est terminée au mois de novembre dernier par une application de forceps nécessitée par une simple inertie utérine.

M. PAJOT. — Je comprends parfaitement la conduite de M. Avrard et je l'approuve; je ne saurais en dire autant de celle de la sage-femme. Quand l'orifice est à peine ou à moitié dilaté, il n'y a qu'à attendre. Il y a des femmes qui restent 40, 60, et 80 heures en travail, et qui accouchent spontanément. Il est très important dans l'accouchement de savoir ne rien faire.

M. AVRARD. — La sage-femme a donné au bout de 28 heures de la strychnine dans le but de hâter la dilatation du col.

M. CHARPENTIER. — Ce cas est très intéressant à deux points de vue: 1° il montre que chez certaines femmes la dilatation se fait très lentement. Cela n'est pas extrêmement rare. Comme exemple remarquable, je citerai une jeune femme, qui resta 7 jours en travail, et cela malgré les bains prolongés, la saignée, le chloroforme, l'opium. L'enfant vint vivant.

2° Quelle a été l'action du médicament sur la fibre utérine? M. Avrard semble attribuer la lenteur du travail à la fatigue de la fibre utérine et laisse un peu de côté l'action de la strychnine. Or, la femme a eu des phénomènes spasmodiques, des secousses dues à l'action du médicament. L'utérus a-t-il été laissé indemne? L'action de la strychnine ne s'est-elle pas surajoutée aux excitations produites par les tentatives d'intervention, l'écoulement prématuré des eaux.

M. AVRARD. — Il est difficile d'affirmer l'action du médicament, car les douleurs n'ont été en rien modifiées par l'administration des 9 millig. du médicament donnés au début; et une nouvelle dose n'a amené aucun changement appréciable dans les contractions.

M. CHARPENTIER. — Quand l'utérus est tétanisé, il n'y a plus de recrudescence dans la douleur, l'élément intermittent disparaît, il est évidemment difficile de se rendre compte de ce qui se produit.

M. POLAILLON. — Il a été administré 14 millig. en granules ; mais est-ce bien la dose exacte qui a été administrée ? Le dosage de la strychnine était-il précis ? Il peut fort bien se faire qu'on ait donné peu ou fort peu de strychnine.

M. AVRARD. — On s'était servi de granules, et je ne saurais dire si la dose inscrite était bien exacte. Quoi qu'il en soit, j'ai constaté des contractions dans les jambes, qui paraissaient être dues à l'action de la strychnine.

M. VERRIER. — Dans les alcaloïdes administrés en granules qui ne sont pas faits au pilulier, la dose n'est pas certaine, mais dans le cas actuel, la strychnine a été certainement donnée.

M. LOVIOT. — **Présentation du siège. — Singulière erreur.** — Il y a deux mois, je fus prié par le docteur X. de voir avec lui M^{me} M., sa cliente, primipare, âgée (40 ans) enceinte de 8 mois 1/2 environ, chez laquelle il avait constaté une présentation du siège en S. I. D.

Nous fûmes d'avis conforme.

Le siège était fixé, et un peu engagé à la partie supérieure de l'excavation. Enfant vivant.

Le fœtus, examiné à plusieurs reprises par mon confrère, depuis quelque temps, avait toujours conservé la même situation.

Il ne s'agissait donc pas d'un fœtus mobile, mais d'un fœtus paraissant s'accommoder siège en bas.

Pourquoi ? Du côté de la mère, utérus et bassin, rien à noter ; du côté de l'œuf rien non plus, ni volume exagéré de la tête fœtale, ni liquide amniotique en excès, ni indices de placenta prævia. Le cordon pouvait-il être invoqué ? Peut-être, mais je ne saurais être affirmatif à cet égard, n'ayant pas été autorisé à faire des tentatives sérieuses de version par manœuvres exter-

nes, et n'ayant rien constaté de bien net pendant la sortie du fœtus.

Je fis immédiatement, et je répétei deux jours plus tard, quelques manœuvres externes pour dégager et mobiliser le fœtus, mais sans succès. La tonicité de la paroi abdominale, et l'excitabilité de la patiente ne me laissèrent rien obtenir.

Je proposai la version après anesthésie chloroformique, mais le confrère, le mari et l'intéressée, manifestèrent une telle répugnance pour cette intervention, que je ne crus pas devoir insister.

Je déclarai toutefois que la présentation du siège chez une primipare âgée, comportait pour l'enfant un pronostic qui devait être réservé.

A quelques semaines de là, un dimanche matin, je reçus une lettre du D^r X. me priant de venir immédiatement chez Mme M. auprès de laquelle il se trouvait depuis quelque temps. La dilatation est complète, m'écrivait-il, l'enfant perd son méconium, on sent les fesses par le toucher digital. Le dénouement est proche. »

Quand j'arrivai, je trouvai, en effet, les organes génitaux externes enduits de méconium, Mme X. avait des contractions utérines intermittentes et assez douloureuses. Nous retirâmes de la vessie très distendue une quantité notable d'urine.

Le palper pratiqué dans l'intervalle des contractions, permit de retrouver la S I D. Les battements du cœur fœtal étaient normaux.

Pratiquant le toucher, je constatai à peu près au centre de l'excavation une petite dépression cupuliforme, offrant une certaine résistance à la pression, et sans bourrelet notable à son pourtour; partout ailleurs une surface lisse, égale, qui se tendait et bombait au moment de la contraction. Le doigt retiré était couvert de méconium. D'où la conclusion de mon confrère que la dilatation était complète, que les fesses s'engageaient, que l'on atteignait l'anus du fœtus, et que par cet anus s'échappait le méconium. Mais avant de retirer mon doigt, j'avais pris soin de faire une exploration plus complète.

L'orifice était superficiel, à peu près sur le même plan que les surfaces environnantes, il n'y avait ni pointe, ni saillie osseuse dans son voisinage. En dehors de lui, dans toutes les directions,

une surface lisse, sans inégalités, d'une consistance uniforme, tendue et bombant au moment des contractions, se laissant déprimer dans l'intervalle, et permettant d'atteindre, (cette sensation était mieux obtenue en abaissant le fœtus à l'aide d'une main appuyant sur le fond de l'utérus, le doigt vaginal exerçant simultanément une pression en sens inverse, c'est-à-dire, de bas en haut, sur le segment inférieur), et comme à travers une couche liquide, un corps solide susceptible d'être légèrement mobilisé.

Enfin et surtout, si l'on suivait cette surface lisse, en avant, en arrière, en dedans, en dehors, le doigt se trouvait toujours arrêté, il aboutissait toujours à un cul-de-sac.

Et pour que la démonstration soit complète, exerçant une pression un peu continue sur le soi-disant orifice anal, celui-ci ne tarda pas à céder et à se dilater assez pour permettre l'introduction de la phalangette dans la cavité utérine.

Mon confrère, avec qui j'avais conféré à part, toucha de nouveau, et abandonna complètement sa première opinion. Ceci se passait vers dix heures du matin. Après avoir pris les précautions antiseptiques usitées, je me retirai et ne revins que vers 4 heures de l'après-midi.

La dilatation était complète.

Les fesses seules étaient engagées en S I D. L'enfant ne perdait presque plus de méconium. Bruits du cœur fœtal bons.

A 8 heures du soir, le travail restant stationnaire depuis plusieurs heures, la parturiente, une femme grosse et courte, à bout de forces, les battements fœtaux se ralentissant, Mme X. fut placée en position obstétricale.

Pas de chloroforme.

La main droite introduite profondément le long du plan antérieur du fœtus, arriva assez facilement à saisir un pied et à l'abaisser.

Je m'étais proposé de ne pas faire l'extraction, et d'abandonner l'expulsion aux seules forces naturelles, si l'état de l'enfant le permettait. Aussi auscultais-je fréquemment le cœur fœtal. J'ai dit plus haut qu'il était ralenti avant mon intervention. Il redevint normal, puis se ralentit de nouveau. Je me décidai, pour cette raison, à exercer des tractions pendant la contraction utérine. Celle-ci était faible et insuffisante.

Quand l'ombilic fut assez descendu pour que je pusse faire une anse au cordon, celui-ci ne battait plus que très faiblement, et cessa bientôt entièrement de battre.

J'achevai l'extraction non sans quelques difficultés, bien que le fœtus fût d'un volume moyen. Je n'étais presque pas secondé par la contraction utérine, et quant aux efforts volontaires de la parturiente, ils étaient réduits à leur plus simple expression. L'enfant vint en état de mort réelle.

La délivrance fut régulière. Le placenta très congestionné ne présentait point de foyers hémorrhagiques. Il s'insérait normalement. Les suites de couches n'offrirent d'autre particularité qu'une rétention d'urine, qui dura une dizaine de jours, et nécessita le cathétérisme. Un peu de cystite étant survenue, on fit des lavages boriqués de la vessie et tout rentra dans l'ordre.

La question difficile de l'étiologie, du pronostic et du traitement de la présentation du siège, mise à part, cette observation présente les particularités suivantes :

Rupture prématurée et spontanée des membranes.

Écoulement du méconium à la fin de la période d'effacement et avant toute dilatation appréciable.

Enfin, elle signale une erreur inédite, grossière à la vérité, mais qu'expliquent jusqu'à un certain point un concours exceptionnel de circonstances :

Écoulement de méconium à travers un orifice utérin cupuliforme, à bords agglutinés dans un cas où l'on savait par avance avoir affaire à une présentation du siège.

M. CHARPENTIER. — Dans le cas de M. Loviot, le col a été pris pour l'anus ; dans un cas publié récemment dans un journal américain, l'anus a été pris pour le col — l'accoucheur fit la dilatation forcée, et ne s'aperçut de son erreur qu'après avoir introduit trois doigts dans l'anus dilaté.

M. PAJOT. — Je n'ai qu'une observation à faire à M. Loviot : un enfant qui naît en état de mort apparente, ne doit pas être abandonné. — Avec Campbell nous avons insufflé un enfant pendant 4 heures ; sous l'influence de l'insufflation le cœur

battait ; l'on s'arrêtait d'insuffler, les battements se suspendaient. — L'insufflation peut produire des résultats merveilleux ; — j'ai aussi ranimé une femme qui était restée 25 minutes sous l'eau.

M. POLAILLON. — J'ai observé des faits analogues à ceux de M. Pajot ; mais très souvent on ignore exactement la cause de la mort des enfants, car l'autopsie n'est pas faite. — Je me rappelle avoir insufflé pendant 2 heures un enfant ; le cœur battait au début, puis cessa de battre définitivement. Je fis l'autopsie, et trouvai une hernie de l'intestin dans le diaphragme ; les poumons comprimés par l'intestin ne pouvaient se dilater : la respiration ne pouvant s'établir, l'enfant devait mourir.

M. PAJOT. — Il ne faut pas oublier que souvent les enfants qu'on ranime par l'insufflation meurent dans les 24 heures.

M. DUMONT-PALLIER. — Je me rappelle un cas de Depaul. — L'accouchement venait de se terminer lorsqu'une hémorrhagie se produit ; l'enfant est mis de côté et des soins sont donnés à la mère. — Au bout de 2 heures, l'hémorrhagie étant arrêtée, Depaul demande l'enfant et le ranime par l'insufflation. — Cette observation m'avait frappé, car elle concorde avec les expériences de Paul Bert. — Ainsi, une chatte fait ses petits dans de l'eau à 30° environ — on ne les retire qu'au bout d'un certain temps et les petits chats respirent.

M. BAILLY. — Cette expérience avait déjà été faite par Buffon et avec le même succès ; mais il ne faudrait pas appliquer ces données à l'homme et aux animaux supérieurs. William Edwards a reconnu qu'il y a une distinction importante à établir à cet égard, entre les animaux qui naissent les paupières closes, et ceux qui ont l'œil ouvert dès la naissance : les premiers résistent longtemps à l'asphyxie, les seconds y succombent rapidement.

M. PAJOT. — Il faut, je crois, tenir compte de la résistance individuelle ; il y a des fœtus qu'on touche à peine et qui meurent, tandis que d'autres sont soumis à des manipulations de toute sorte et résistent. — Mais l'on ne doit jamais abandonner un fœtus sans avoir essayé l'insufflation.

M. MARIUS REY. — A propos de la mort par submersion, des noyés cités par M. le professeur Pajot et rappelés à la vie après un temps plus ou moins long, je rappellerai que dans ces cas il faut tenir compte de circonstances spéciales. — Divers auteurs admettent que l'état de syncope prolonge la vie. — L'insufflation chez un noyé aura donc un résultat avantageux, suivant l'état dans lequel il sera trouvé. — On connaît le rapport du docteur de Beauvais, dans l'affaire Rivoire, où il s'agissait d'une question de survie fort difficile à établir. — De toute façon je pense qu'en présence d'un fœtus en état de mort apparente, on doit tout tenter.

M. CHARPENTIER. — Dans une série d'expériences faites avec M. le Dr Butte sur la vitalité du fœtus, nous avons pu constater cette résistance du fœtus dans les conditions suivantes :

Nous faisons absorber à une lapine pleine une certaine quantité d'acide pyrogallique, substance qui a la propriété d'enlever de l'oxygène aux globules du sang. La mère était alors plongée dans un bain à 37° d'une solution de sel marin à 5 pour 1000; on ouvrait l'abdomen, et on laissait les fœtus enveloppés de leur sac amniotique plonger dans le liquide. Nous les avons toujours vu vivre de 1/2 heure à 3/4 d'heure. La même expérience a été faite en ouvrant le sac amniotique. La résistance vitale a été moins prolongée, mais a toujours été au minimum d'une demi-heure.

M. BAILLY. **De l'emploi du chloroforme dans les accouchements naturels.** — Messieurs, notre Société ayant mis à son ordre du jour l'étude de l'anesthésie obstétricale, je vous demande la permission de venir à mon tour vous dire ce que l'expérience m'a appris touchant cette pratique. Je serai court d'ailleurs. En effet, loin de chercher à étendre mon cadre et de vouloir, comme l'a fait notre collègue, M. Charpentier, traiter magistralement la question, en passant en revue les

moyens multiples d'atténuer les souffrances de l'accouchement naturel, je veux restreindre mon sujet, et le limiter à l'anesthésie qu'on réalise avec le chloroforme, croyant peu à l'efficacité des autres procédés. D'une part, l'analgésie localisée de la matrice en est encore à faire ses preuves, et d'un autre côté, je ne vois pas que le chlorure d'éthyle et le protoxyde d'azote aient fait jusqu'ici de nombreux prosélytes ; ils sont restés une curiosité scientifique plutôt qu'une réalité pratique, et ceux qui en ont été les promoteurs seraient fort embarrassés pour établir leur supériorité sur le chloroforme, tant au point de vue de leur efficacité que de la commodité de leur emploi ; dans mon opinion, c'est donc à lui que continuera à s'adresser tout médecin qui se préoccupe de faire une anesthésie sérieuse.

Cette pratique, dont l'historique a été fait par MM. Le-groux et Charpentier d'une façon assez complète pour que je n'aie rien à y ajouter, pose une série de questions auxquelles je vais essayer de répondre, en m'appuyant surtout sur une expérience acquise par un usage journalier qui, aujourd'hui, date de quinze bonnes années au moins.

Définition. — Et tout d'abord, en quoi consiste cette méthode encore si discutée de l'anesthésie obstétricale ? Elle consiste, vous le savez, Messieurs (c'est là du moins l'intention de ses partisans, et je suis de ce nombre), à atténuer la sensibilité générale des femmes en couches, par l'emploi modéré du chloroforme, et par conséquent à réduire dans une certaine mesure les souffrances qui résultent de l'accouchement naturel. Ce but, sauf erreur de notre part, serait atteint par l'usage de doses faibles, mais soutenues, de l'agent anesthésique, produisant un sommeil artificiel, dont j'évalue l'intensité égale à celle du sommeil naturel ou la dépassant de peu. Je suis convaincu que cet emploi méthodique du chloroforme, tel que je viens de le définir, réduit dans une mesure assez large les souffrances des femmes en couches, sans que, cependant, je puisse baser ma conviction sur la moindre expérience personnelle des bienfaits de l'analgésie pendant l'accouchement. — Je dois donc à cet égard m'en tenir au témoignage des accouchées, et je l'ai trouvé trop constant, trop unanime, pour ne pas croire qu'elles aient éprouvé, d'une anesthésie bien faite, un soulagement réel. —

On me permettra de douter que la chloroformisation de M. Guéniot et la mélasse du professeur Pajot, puissent donner lieu chez les femmes aux mêmes affirmations.

Quant à la question de savoir si l'anesthésie dont je fais usage est une demi-anesthésie, un quart d'anesthésie, ou si elle supprime les trois quarts des douleurs de l'accouchement, je ne suis pas en mesure de rien établir de positif à cet égard. La proportion m'importe peu, le soulagement est vrai, il y a donc là anesthésie véritable, et non pseudo-anesthésie, suivant l'expression dont se sert le professeur Pajot pour discréditer la méthode.

Vous vous le rappelez, Messieurs, le même Professeur croit triompher de ses contradicteurs, et ruiner leurs théories, en leur opposant des expériences de Claude Bernard, desquelles il résulterait que, chez les sujets anesthésiés, on n'abolit la sensibilité qu'en portant la chloroformisation au delà d'une narcose complète. Cette objection me paraît de peu de valeur. Je ne connais pas au juste les expériences dont il est ici question ; mais je suppose qu'elles ont trait à l'anesthésie absolue, dont je n'ai pas à m'occuper, et d'un autre côté, le célèbre expérimentateur du Collège de France, opérant sur des animaux, ceux-ci ont sans doute omis de lui faire part de leurs sensations. S'il eût observé des femmes en couches, il eût reconnu que, chez elles, la sensibilité est déjà fort émoussée bien avant qu'on ait produit la torpeur et la résolution des muscles qui l'accompagne. Du reste, même en s'en tenant aux conclusions de Claude Bernard, je ne vois pas que celles-ci soient absolument défavorables à l'anesthésie obstétricale, puisque je produis un sommeil d'une intensité moyenne, dont aucun médecin ne niera le pouvoir analgésique. Qui n'a vu chez les autres ou sur lui-même, une douleur dentaire, rhumatismale ou névralgique, subitement palliée, quand le sommeil naturel a pu survenir à ce moment. Je tiens donc pour très réel le soulagement produit par le chloroforme chez la parturiente, et si vous voulez bien me faire momentanément cette concession, je poursuivrai mon sujet en abordant une nouvelle question, celle de l'application de la méthode.

Application de la méthode. — Je ne me crois pas en droit de catégoriser les femmes au point de vue de la collation des bé-

néfices de l'anesthésie relative. Toute femme qui pendant une parturition naturelle souffre assez pour désirer d'être soulagée, doit être admise aux avantages de cette pratique. Qu'elle soit primipare ou multipare, on ne peut sans inhumanité lui refuser ce soulagement, si d'ailleurs aucune contre-indication à l'emploi des anesthésiques n'existe chez elle. C'est surtout dans la période moyenne du travail, celle de la dilatation du col utérin, que le chloroforme est utile, bien que je n'aie aucun motif de l'écarter pendant que s'opère l'expulsion du fœtus. Après donc que l'accoucheur se sera assuré que rien dans la santé de cette femme ne contre indique l'emploi des anesthésiques, et s'il a reçu l'acquiescement de l'entourage, il donnera satisfaction à sa cliente.

Celle-ci, du reste, se tromperait en supposant qu'il suffira d'approcher de son visage une compresse imprégnée de quelques gouttes de chloroforme, pour qu'elle soit instantanément soulagée. Un quart d'heure au moins est nécessaire pour en arriver là, et il est bon de l'en prévenir. Quant au moment à choisir pour commencer les inhalations, ma conviction est faite depuis longtemps ; c'est dans l'intervalle des douleurs qu'on doit agir. L'instant de la contraction utérine est mal choisi, et il peut être dangereux d'intervenir dans cette période. L'inégalité, le trouble respiratoire, l'agitation de la femme pendant la douleur, se prêtent mal à l'absorption régulière et graduelle du médicament, et en augmentant les malaises de la patiente, on l'amène à douter de l'efficacité du moyen et à le rejeter. 8-10 gouttes de chloroforme suffisent pour commencer, si l'on emploie un appareil empêchant la déperdition du médicament, et pareille dose est répétée de minute en minute, jusqu'à ce que la tolérance soit établie. On augmente alors la dose, s'il est nécessaire, et en un quart d'heure au plus on détermine un sommeil calme, sans jamais observer cette période d'excitation et de loquacité, qui est constante avec les doses massives du chloroforme. Je vous l'affirme, Messieurs, je ne vois jamais les femmes se livrer à des bavardages intempestifs ou compromettants, faire de ces confidences ou de ces réflexions amèrement regrettées plus tard, se laisser aller à ces propos incohérents ou violents qu'on provoque à volonté, en exerçant une action trop intense et trop brusque sur le cerveau, par de fortes doses de chloroforme. Et

ne croyez pas que je doive cette absence d'agitation uniquement à ce fait que je suis resté en deçà des limites où elle peut se produire, ce serait une erreur. Plusieurs fois, et contre ma volonté, il m'est arrivé d'outre-passer le sommeil modéré dont je me contente, et de m'apercevoir tout à coup que j'avais produit l'anesthésie chirurgicale, avec coma et ronflement; et cependant, dans ces cas, la période d'excitation a fait complètement défaut. Aussi, je considère comme bien démontrée la vérité de cette assertion, à savoir, que de petites doses de chloroforme, suffisamment répétées, laissant pénétrer dans les bronches une forte proportion d'air respirable, conduisent sûrement à l'anesthésie soit obstétricale, soit chirurgicale, sans amener cette période d'excitation que provoquent inévitablement les doses massives.

Je donnerai, quand on voudra et à qui voudra, la démonstration de ce fait.

Cette chloroformisation inoffensive et parfaite, dont nous sommes redevables à Demarquay, on l'obtient par des procédés bien divers.

Un flacon de chloroforme et un mouchoir y suffisent, mais les appareils perfectionnés sont préférables. Celui que j'emploie exclusivement est l'appareil de Demarquay modifié par Legroux. Je l'ai figuré dans le *Bulletin de thérapeutique* en 1878, mais je demande à vous le décrire encore une fois. La pièce principale est un masque formé d'une carcasse en laiton sur laquelle est cousu un épais molleton de laine, qui doit recouvrir le nez et la bouche. Cette première pièce est entièrement de l'invention de Demarquay. Vous en comprenez facilement le fonctionnement : le chloroforme projeté goutte à goutte, imprègne l'étoffe et se résout en vapeurs, qui arrivent aux orifices naturels, mélangées d'une grande quantité d'air normal aspiré par la femme. Qu'un tel outil enlaidisse une belle personne, qu'il sente le bœuf gras, que, même, il fasse pousser des cris de paon à une duchesse, M. Pajot l'affirme, et je ne le nierai pas; mais il est fort commode, et je continuerai à l'employer, ne connaissant rien qui réalise aussi bien l'administration rationnelle du chloroforme. La seconde pièce de l'appareil est due à M. Legroux; c'est un petit compte-gouttes gradué d'Alvergniat, à l'aide duquel on répand le chloroforme par petits jets, ou même goutte à goutte, à la surface du molleton. Une pression plus ou

moins forte, plus ou moins brusque, exercée sur l'ampoule de caoutchouc, suffit à produire cet effet. L'air contenu dans l'ampoule, refoulé à l'intérieur de l'appareil, presse à la surface du liquide, le fait monter dans le tube de dégagement, et le répand dehors par doses intermittentes et variables à volonté. Demarquay arrivait au même résultat avec le flacon à deux tubulures des laboratoires de chimie. Deux tubes en verre coudés à angle droit traversaient les bouchons qui ferment les tubulures ; l'un de ces tubes est étiré en pointe et répand le chloroforme goutte à goutte quand on incline le flacon, la pression atmosphérique s'exerçant par le tube coudé de la seconde tubulure. L'effet est identique, cependant le compte-gouttes d'Alvergniat est plus petit, plus maniable, et je le préfère au grand flacon de Demarquay.

La femme ayant été, au moyen de cet appareil, amenée au sommeil analgésique, on l'y maintiendra jusqu'à la fin de sa couche si celle-ci est rapide, pendant trois ou quatre heures de suite, si l'accouchement doit durer plus longtemps. Cet apaisement de ses souffrances rend à la parturiente du courage et des forces, et après plusieurs heures d'un pareil repos, on peut laisser aller naturellement les choses, se réservant d'intervenir encore avec le chloroforme, si le travail doit se prolonger, comme nous le voyons assez souvent chez les primipares.

Ces alternatives de repos et de travail conduisent jusqu'à la période d'expulsion, où le chloroforme est moins nécessaire, la couche devenant alors moins douloureuse ; mais rien ne s'oppose à ce qu'on l'administre encore pendant cette dernière période si la femme le désire. On n'a pas à craindre de paralyser les forces adjuvantes de la matrice qui interviennent à la fin du travail ; une telle crainte est chimérique. Les muscles inspirateurs échappent à l'action du chloroforme, et leur intervention pendant l'effort d'expulsion n'est pas non plus soumise au contrôle de la volonté. Il n'est pas plus loisible à une femme en couches de pousser efficacement pour chasser l'enfant, que de résister aux influences réflexes qui sollicitent son effort à un moment donné. Ces influences continuant à s'exercer pendant l'anesthésie, on peut être sûr que la femme continuera à pousser avec ou sans le concours de la volonté ; si elle a reçu du chloroforme, l'effort sera peut-être moindre, voilà tout.

Effets physiologiques et influence du chloroforme sur le travail. — Le premier effet de l'anesthésie chloroformique portée au point que j'ai indiqué (sommolence équivalant au sommeil naturel) est d'amener chez la parturiente un apaisement et un calme, qui contrastent étrangement avec l'agitation physique et l'agacement nerveux observés jusque là. Sous l'influence de cette sédation, le cœur, qui souvent battait 112-120 fois par minute, tombe à quatre-vingts pulsations, et moins encore. La respiration, aussi, se ralentit et se régularise.

Le chloroforme exerce également une action marquée sur la contractilité utérine, et malheureusement ici, c'est encore un phénomène d'apaisement qui se produit. Sous son influence, les contractions de la matrice perdent de leur durée et de leur fréquence, et chose à noter, ce ralentissement du travail est d'autant plus prononcé, que ce dernier était déjà naturellement plus lent. Telle femme dont les douleurs offraient 6-7 minutes d'intervalle avant les inhalations chloroformiques, les verra s'espacer à dix minutes après qu'on l'a endormie, sa couche devient interminable ; tandis que des contractions distantes de deux ou trois minutes primitivement, se répéteront encore toutes les quatre minutes après l'anesthésie, et chez cette seconde femme le travail conservera une marche rapide ou tout au moins moyenne ; d'où cette conclusion que, si toutes les femmes ont droit à l'anesthésie chloroformique, celle-ci est indiquée surtout chez celles dont le travail est très actif.

Indications et contre-indications de l'anesthésie obstétricale.

— Cette partie de mon travail sera aussi brève que possible, et trois lignes suffiront pour exprimer ce que j'ai à en dire. En effet, les contre-indications du chloroforme sont assez connues pour que je n'aie rien à ajouter à ce que nous en savons déjà ; et d'un autre côté, toutes les femmes qui souffrent assez pour désirer d'être soulagées, ayant droit aux bénéfices du chloroforme, on devra ne le refuser qu'à celles qui tombent sous le coup des contre-indications positives à l'emploi de ce médicament.

Objections faites à la méthode. — On adresse à la chloroformisation obstétricale des objections multiples qui peuvent se

résumer ainsi : elle a des échecs, elle est dangereuse par elle-même, elle favorise l'inertie utérine et prédispose aux hémorrhagies après l'accouchement. Aucune de ces objections ne me paraît fondée. L'impuissance du chloroforme à provoquer le sommeil nécessaire à une atténuation notable des souffrances de l'accouchement ne se produit qu'avec les accoucheurs qui ne tiennent pas à endormir leur patiente, ou qui manquent de pratique. De même qu'on provoque l'anesthésie chirurgicale chez tous les malades sans exception, de même si on le veut bien, on détermine sûrement l'anesthésie obstétricale chez toutes les femmes ; c'est une question de doses, qui varieront nécessairement suivant les cas, les parturientes n'étant pas toutes également sensibles à l'action du chloroforme. Je n'ai pas encore trouvé de sujets rebelles, et je me fais fort de prouver qu'il n'en existe pas de tels.

Cette pratique, dit-on encore, est dangereuse. A cela je réponds que je ne crois pas à ces dangers, quand on donne le chloroforme à très petites doses, répétées suivant les principes de Demarquay, c'est-à-dire mélangées d'une forte proportion d'air atmosphérique. Dans ce cas, rien à craindre, et fort de mon expérience, du témoignage de ma conscience, je ne refuserai jamais le chloroforme aux femmes qui demanderont à y être soumises.

Je n'ai pas observé non plus, et ne crois pas que l'analgésie chloroformique modère d'une façon fâcheuse la rétractilité utérine et favorise les hémorrhagies après l'accouchement. Certainement, j'ai vu des accouchées chloroformisées pendant le travail, perdre plus que je ne l'aurais voulu après leurs couches, mais aucune d'elles n'a été mise en danger du fait de sa perte, et les hémorrhagies les plus graves dont j'aie conservé le souvenir, sont survenues chez des femmes qui n'avaient pas respiré la moindre dose d'anesthésique. J'ai présent encore à la mémoire, une dame de la rue la Boétie, accouchée très heureusement, qui fut prise d'inertie utérine, une heure et demie après sa couche, et dont douze heures plus tard, mon ami, le D^r Greslou, et moi, nous relayant après épuisement de nos forces, étions encore occupés à comprimer l'utérus resté flasque et sans ressort. M. Charpentier voulut bien me donner son avis pour ce cas très inquiétant. Notre collègue, M. Greslou, n'a pas non plus

oublié une cliente de la rue du Rocher, qui nous a fait, trois heures durant, des lipothymies et des syncopes auxquelles le chloroforme était absolument étranger. Rien de semblable n'est survenu chez aucune des femmes que j'ai soumises à l'anesthésie obstétricale. Pour moi donc, la paralysie chloroformique de l'utérus, après l'accouchement, est encore à démontrer, et j'attendrai pour y croire, des faits précis et bien démonstratifs. Je ne tiens donc pour justifiée aucune des objections précédentes. La véritable objection, dont on parle moins, c'est que, du moins en France, la plupart des femmes repoussent le chloroforme, les unes par peur du médicament, les autres par scrupule religieux. Je n'ai pas à discuter ici la valeur de ces deux causes d'abstention; je me borne à affirmer qu'elles sont fréquentes, qu'elles sont puissantes, et probablement formeront toujours dans notre pays, un obstacle invincible à la généralisation de l'anesthésie chloroformique dans les accouchements naturels.

M. PAJOT. — Quand le mémoire de M. Bailly sera publié, je me propose d'y répondre et je le ferai d'une façon complète; je répondrai paragraphe par paragraphe. — Mais dès à présent je dois dire que Cl. Bernard n'a pas seulement observé les animaux; il a étudié les phénomènes de l'anesthésie chez l'homme. — Qu'est-ce qui peut soutenir que l'anesthésie existe au début du sommeil? — Dans une opération, dès qu'on cesse d'administrer le chloroforme, le malade s'agite, crie; il sent quand on le pince. Au début du sommeil, il n'y a pas d'insensibilité à la douleur. — J'endors une femme pour pratiquer une version; j'introduis les mains elle ne sent rien; j'enlève le chloroforme; peu après elle se plaint, je le redonne, elle se tait. — Dès que la quantité de chloroforme dans le sang est insuffisante, il n'y a plus anesthésie. — Le chloroforme occupe les femmes; voilà tout. C'est un leurre. Pour arriver à l'insensibilité, il faut faire comme Simpson; il endormait les femmes comme nous le faisons quand il s'agit d'une opération. Dès que la femme se plaignait, il redonnait le chloroforme. — Dans les

accouchements exceptionnellement douloureux, le chloroforme peut rendre de grands services. Il y a là une indication. — L'accouchement *naturel* n'est pas une indication. — Si vous admettez le chloroforme dans tous les accouchements, pourquoi dans vos services d'hôpitaux ne pas l'employer, — bon en ville, le chloroforme ne conviendrait plus à l'hôpital, — les femmes qui viennent accoucher dans les Maternités souffrent autant et demandent à être également soulagées.

La discussion est remise à la prochaine séance.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 11 juillet 1889.

Présidence de M. le D^r POLAILLON.

SOMMAIRE. — Procès-verbal de la dernière séance. — M. le Président donne lecture d'une lettre de M. Bailly qui, pour des raisons de santé, se voit dans la nécessité de quitter Paris, et exprime tous ses regrets d'abandonner la Société. — M. le Président pense qu'il convient de ne pas accepter cette démission, ayant l'espérance de voir M. Bailly se rétablir, et d'attendre la fin de l'année. — Une lettre dans ce sens sera adressée à M. Bailly. — La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. AUVAR, accompagnée de 2 brochures. — Une lettre de M. Boëtrix, qui demande qu'on l'inscrive au nombre des candidats au titre de membres correspondants étrangers. — Une lettre de M. Ménière, avec 2 numéros de la *Gazette de Gynécologie*. — La correspondance imprimée comprend : une lettre de M. de Lacaze-Duthiers, président de l'Association française pour l'avancement des sciences, demandant à la Société la nomination d'un délégué, pour la session du mois d'août prochain. — Le D^r Marius Rey est nommé délégué de la Société obstétricale de Paris. — M. le secrétaire général annonce que M. Clopatofsky, membre correspondant, assiste à la séance.

ORDRE DU JOUR. — M. le D^r GUÉRIN : Ovariectomie, kyste contenant un liquide ressemblant à du pus. — M. PORAK : Rapports sur les candidatures au titre de membre titulaire, correspondants nationaux et correspondants étrangers. — *Elections.* — D^r TERRILLON : Salpingite tuberculeuse. — D^r LOVIER : Placenta prævia. — Mort par anémie vraie. — Continuation de la discussion sur l'anesthésie obstétricale M. le Professeur PAJOT.

M. le D^r GUÉRIN. — **Ovariectomie, kyste contenant un liquide ressemblant à du pus.** — Ce n'est pas pour parler de l'ovariectomie que j'ai demandé la parole C'est une opération que tous les chirurgiens pratiquent le plus souvent avec succès,

et sur laquelle il n'y a plus grand'chose à dire. Je veux vous faire connaître l'anatomie pathologique d'un kyste, qui a été faite avec le plus grand soin par M. le Professeur Cornil, dans un cas où je crus avoir affaire à un kyste suppuré.

Une femme de 42 ou 43 ans m'avait consulté, il y a 5 ou 6 ans, pour une tumeur du volume d'une grosse pomme, faisant corps avec l'utérus, ne causant qu'un peu de gêne par son poids, mais déformant légèrement la taille, par le refoulement des intestins en haut.

Je diagnostiquai un myome interstitiel de l'utérus.

Dans la famille de la malade, les myomes sont communs, sa mère en a eu, et sa tante en a cinq, tous tellement volumineux, qu'il est difficile de ne pas admettre que la tumeur qu'ils forment, comprend des kystes ovariques.

J'avais vu la malade en consultation ; je la revis un an ou deux après, et je constatai que la tumeur était restée presque stationnaire. Les règles étaient en quantité normale, et à des époques régulières.

Plus tard, j'appris par M. le Dr Blondeau, qui était le médecin de la malade, que les règles étaient devenues assez abondantes pour donner lieu à une anémie très prononcée.

« A partir de l'année 1887, me dit mon confrère et ami, dans une note qu'il a bien voulu me remettre, mon attention fut attirée par de petites poussées inflammatoires du péritoine, tantôt à gauche, tantôt à droite, qui se renouvelèrent à plusieurs reprises. Coïncidemment, ajoute-t-il, avec ces poussées péritonitiques, d'autres semblables se produisaient du côté des plèvres.

Péritonitiques ou pleurétiques, ces poussées inflammatoires furent toujours de peu d'intensité, de très courte durée, et sans grands phénomènes fébriles. »

Le ventre de la malade grossissait toujours, il avait acquis le volume de celui d'une femme qui est au neuvième mois de la grossesse, lorsqu'elle vint me voir au commencement de l'année 1888. Je constatai alors que la tumeur était devenue fluctuante. Je diagnostiquai un kyste de l'ovaire gauche, compliquant le myome utérin. M. Blondeau fut de mon avis, on sentait de la fluctuation dans une grande étendue, et comme on la percevait dans le cul-de-sac latéral gauche du vagin, j'admis l'existence d'un kyste para-ovarien.

Pour confirmer notre diagnostic, nous pratiquâmes une ponction le 24 avril. Un liquide jaunâtre, ayant la consistance et l'aspect du pus, sortit par la canule, nous en retirâmes 2 ou 300 grammes. Nous aurions pu en retirer davantage, mais nous avions compté sur le liquide que l'on trouve ordinairement dans les kystes uniloculaires. Nous avions besoin de réfléchir, et nous suspendîmes notre opération. La petite plaie ayant été couverte d'un morceau de diachylon, nous enveloppâmes le ventre d'un bandage de corps, que nous ne serrâmes que modérément, ne voulant pas nous exposer à exprimer du kyste, une partie de son contenu, qui serait tombée dans la cavité du péritoine.

Nous tenions à faire examiner le liquide par un micrographe habile. Je m'adressai à M. Ranvier.

Dans ce liquide, qui ressemblait à du pus, on ne trouva ni globules sanguins ni globules purulents, c'était une émulsion grasseuse.

La malade ne ressentit aucune douleur ; elle se trouva soulagée, et au bout de huit jours elle était levée, et elle reprenait sa vie ordinaire. Peu de mois après, elle alla dans ses terres, d'où elle revint dans les premiers jours du mois d'octobre. Le ventre étant devenu plus volumineux encore qu'après la ponction, nous résolûmes d'en pratiquer une seconde pour vider le kyste ; l'opération fut faite le 23 octobre. Nous retirâmes 16 litres d'un liquide identique avec celui de la première ponction, et, cette fois encore, M. Ranvier ne trouva ni globules, ni microbes, qui pussent faire croire que le liquide était du pus.

Tout se passa comme la première fois après la ponction, il n'y eut ni douleur, ni mouvement fébrile.

Le kyste s'étant reproduit, nous procédâmes à l'extirpation de la tumeur le 31 décembre 1888.

C'était un kyste para-ovarien, auquel la trompe était adhérente. La trompe avait le volume d'une anse d'intestin grêle. Le kyste était adhérent de toutes parts par des brides, dont quelques-unes nous gênèrent beaucoup. Je n'insiste pas sur l'opération, qui marcha régulièrement.

Nous croyions avoir fini l'opération, lorsque je découvris, derrière un paquet d'intestins, un kyste du volume d'un œuf d'oie, dont le contenu était un liquide clair et transparent. Ce second kyste, qui siégeait à droite, ayant été enlevé, la malade

fut pansée. Huit jours après, les ligatures étaient enlevées, et trois semaines après l'opération, la malade se promenait au bois de Boulogne.

Je confiai à M. Cornil le kyste, et une certaine quantité du liquide qui y était contenu.

C'est dans les notes que mon éminent confrère m'a remises, que réside tout l'intérêt de cette communication.

Kyste ovarique uniloculaire à parois épaisses, présentant à sa surface interne un exsudat sanguinolent. — « La trompe est très dilatée; le liquide qu'elle contient est trouble, non purulent, et il renferme des cellules épithéliales cylindriques, ou en dégénérescence, suspendues dans le liquide, ce qui lui donne son apparence trouble. La surface interne de la trompe est lisse, sans végétations (il n'y a pas de salpingite végétante). La paroi de la trompe ainsi dilatée est mince. Pour ce qui concerne la lésion de la trompe, il s'agissait seulement d'un hydro-salpinx, ou hydropisie de la trompe.

Les coupes ont été faites après durcissement, suivant l'épaisseur de la paroi du kyste. Cette paroi épaisse mesure 7 à 8 millimètres. Examinée à un faible grossissement, elle présente plusieurs couches fibreuses, qui occupent la partie externe et moyenne de la paroi, et une zone interne, qui la borde presque partout, et qui constitue une véritable membranegranuleuse ou pyogénique. Cette dernière, mesure $\frac{1}{5}$ ou $\frac{1}{4}$ de l'épaisseur totale de la paroi, c'est-à-dire, 1 ou 2 millimètres.

L'étude histologique des coupes colorées au carmin montre, en allant de la surface externe à la surface interne :

1° Une couche fibreuse, formée de faisceaux très denses, présentant très peu de cellules de tissu conjonctif entre eux, et à peine vascularisée.

2° Une couche moyenne, formée de faisceaux fibreux parallèles, parcourue par de nombreux vaisseaux, artères et veines d'un certain volume. Les artères présentent une paroi épaisse. Les faisceaux fibreux sont séparés par des cellules plates de tissu conjonctif.

3° Une couche épaisse, constituée par des faisceaux de tissu conjonctif hyalin, enchevêtrés, serrés les uns contre les autres, et très peu vascularisés.

4° La membrane interne. C'est assurément la partie de la paroi, dont l'examen histologique est le plus intéressant. Cette membrane se continue directement avec la précédente; elle présente une trame fibreuse à mailles assez larges et minces. Des vaisseaux très nombreux, très rapprochés les uns des autres, dilatés, et à parois minces comme des parois capillaires, la sillonnent de sa profondeur à sa surface, et s'anastomosent entre eux en réseau. Cette membrane contient entre les fibrilles de tissu conjonctif, une grande quantité de cellules embryonnaires.

Ces cellules embryonnaires sont presque toutes plus ou moins en dégénérescence graisseuse, et souvent elles présentent aussi des granulations pigmentaires. Par places, il existe des îlots de cellules plus volumineuses, et montrant dans leur intérieur des cristaux de graisse, disposés en forme de boules de pin épineuses. Ces grosses cellules sont également situées dans le tissu conjonctif, entre les vaisseaux pleins de sang. Souvent aussi, on voit entre les fibres de tissu conjonctif, des espaces qui sont remplis de cristaux de cholestérine. Ces cristaux vus de profil, ont l'air de grandes aiguilles disposées parallèlement.

Ils restent clairs et incolores, alors que tout le reste de la préparation est coloré au carmin. Ils sont tout à fait caractérisés, quand on les aperçoit de face.

Ces dégénérescences et ces cristaux de graisse sont constatés par îlots dans la couche interne, dans ses parties profondes, aussi bien que dans les superficielles. Il s'est aussi produit dans cette membrane des infiltrations sanguines, car il existe par places beaucoup de pigment sanguin, infiltrant les faisceaux conjonctifs et les cellules.

La membrane interne du kyste se limite à la surface par de petites saillies comme des bourgeons charnus réunis, très vascularisés, qui sont tapissés par places, par de petites cellules cubiques granuleuses, troubles; c'est une couche de leucocytes pressés, et prenant par la pression une forme cubique, plutôt qu'un véritable revêtement épithélial.

Cette membrane interne du kyste représente une véritable membrane pyogénique, mais ancienne, modifiée par son ancienneté même, et par les dégénérescences graisseuses, la cris-

tallisation des substances dans les mailles de son tissu, les suffusions hémorrhagiques, la présence du pigment sanguin.

On s'explique très bien, par cette structure, les qualités différentes et successives des exsudats que cette membrane a sécrétés ou laissé passer, pus, cellules en dégénérescence graisseuse, sang, etc.

Il a été fait des coupes de 2 fragments de la paroi du kyste. Nous n'avons pas rencontré de kyste secondaire, ni d'îlots épithéliaux dans les parties examinées au microscope. Nous ne voudrions pas dire qu'il n'y en avait pas, car ils paraissent être constants dans tous les kystes ovariens, mais nous n'en avons pas rencontré dans nos préparations.

Examen du liquide. — Le liquide contenu dans la poche contient de la graisse libre, qui se dispose en gouttelettes, visibles à l'œil nu à la surface du liquide, lorsqu'on l'examine dans un cristalliseur. La partie superficielle et moyenne de ce liquide est trouble, mais plus fluide que le pus phlegmoneux ; le dépôt observé au fond du vase est plus épais et un peu filant. On y trouve partout des granulations graisseuses plus ou moins grosses, les unes libres, et c'est le plus grand nombre, comme dans une émulsion ; les autres accumulées et en amas, formant des corps globuleux, sphériques, ayant les dimensions des globules blancs, ou de corps arrondis ou irréguliers plus volumineux, comme les corps granuleux. Il est certain que ces agglomérations de granulations graisseuses ont pour siège des cellules (leucocytes ou cellules embryonnaires), mais ces cellules ne sont pas pourvues de noyaux visibles ; elles étaient mortifiées au moment où la ponction a été faite. En même temps que ces cellules, on trouve une grande quantité de lames de cholestérine, aussi bien à la surface qu'à la profondeur, et dans le dépôt de ce liquide.

Cet exsudat puriforme n'est donc pas du pus, mais un produit de sécrétion, dans lequel dominent les éléments de la graisse libre, ou contenus dans des cellules mortifiées.

Si maintenant nous cherchons à expliquer le mécanisme de cet exsudat pathologique, en le rapprochant de la structure de la

membrane interne du kyste, voici l'explication que nous proposons :

Cette membrane est constituée sur le modèle d'une membrane pyogénique, c'est-à-dire, qu'elle est formée par une couche épaisse de tissu embryonnaire, parcourue par des vaisseaux capillaires nombreux et dilatés ; mais dans cette membrane, les cellules embryonnaires sont mortifiées par places, et remplies de granulations graisseuses et de petits cristaux de graisse. Par places, on voit des accumulations de cholestérine entre les fibres du tissu fibreux.

Le mouvement des liquides nourriciers, la circulation du plasma, de la lymphe dans les mailles du tissu lâche de cette membrane, a déterminé un courant entretenu par la circulation sanguine ; en vertu de ce courant, le liquide sortait de la membrane par sa surface interne, et s'accumulait dans la poche kystique. Ce même courant entraînait avec le liquide des éléments cellulaires libres dans les mailles du tissu de la membrane interne, c'est-à-dire, des cellules embryonnaires ou lymphatiques plus ou moins chargées de granulations graisseuses, ou même de grosses cellules remplies de graisse. Tel est, croyons-nous, l'origine de l'exsudat. Il est certain aussi que la séparation des cristaux de graisse, que la cristallisation de la cholestérine, se sont produites ultérieurement dans le liquide, en même temps et de la même façon que dans la membrane interne du kyste.

Ce sont là, en effet, des lésions anatomiques telles qu'on les observe dans les foyers anciens consécutifs aux inflammations, pyogéniques ou non, qui se recouvrent à leur surface interne d'une membrane granuleuse. »

Vous remarquerez que MM. Ranvier et Cornil disent tous les deux que le liquide n'est pas du pus. M. Cornil qui, seul, a étudié les parois du kyste, y trouve une membrane analogue à une membrane pyogénique ; mais quand il étudie le liquide contenu dans la poche, il s'exprime ainsi : « Cet exsudat puriforme n'est donc pas du pus, mais un produit de sécrétion, dans lequel dominant les éléments de la graisse, libres ou contenus dans des cellules mortifiées. »

J'ajouterai que cet exsudat a été le même après les deux pre-

mières ponctions et au moment de l'ovariotomie, il n'avait aucune odeur, et ne contenait aucun des microbes que l'on trouve dans le pus d'un abcès qui a été ponctionné.

Une autre particularité intéressante a été observée : le liquide conservé pendant un mois dans un flacon, n'a pas subi la moindre décomposition.

Je n'ai rien à ajouter à l'explication que M. Cornil propose pour la production de l'exsudat, je n'ai pas qualité pour la juger.

J'espère que les membres de la Société auront trouvé un réel intérêt à cette communication, dans laquelle M. Cornil a la plus grande part.

Si le kyste avait eu son siège dans la trompe, ou s'il avait communiqué avec ce conduit, j'aurais pensé que j'avais eu affaire à un kyste suppuré ; mais comment expliquer la formation du pus dans une poche hermétiquement fermée ? c'est la difficulté que j'avais à expliquer la formation du pus, qui me porta à douter de la nature du liquide kystique.

Pour MM. Ranvier et Cornil, ce n'est pas du pus. Je suis tout prêt à admettre la genèse proposée par M. Cornil, mais un seul fait ne suffit pas pour éclaircir cette question.

Avant de finir, je dois dire que le kyste semblait faire corps avec la paroi de l'utérus, qui est le siège d'un myome interstitiel, que je dus entamer pour en détacher le kyste.

Rapports de M. Porak sur les candidatures au titre de membre titulaire et de correspondant national et étranger.

— M. PORAK. — Messieurs, au nom d'une commission composée de MM. Charpentier, Polaillon, et Porak, rapporteur, je viens vous donner l'analyse des travaux de M. Paul Petit qui se présente à la place de membre titulaire de notre Société, de MM. Rouvier, Misrachi, Sabail, Secheyron qui désirent être nommés membres correspondants.

M. P. Petit envoie à l'appui de sa candidature plusieurs mémoires.

Le premier a trait à l'étude clinique et anatomo-pathologique de l'ovarite et des kystes ovariens. Ce mémoire est extrait des *Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie*.

De ses examens histologiques, l'auteur conclut que l'ovarite se présente sous deux formes principales : l'ovarite suppurée et l'ovarite scléreuse. Des abcès enkystés, des kystes dits folliculaires séreux, caséux, sanguins se rapportent à ces processus morbides, et ne doivent pas être confondus avec les néoplasmes de l'ovaire.

Les abcès se localisent presque toujours au début dans les follicules de de Graaf; ils se produisent sous l'influence de l'état puerpéral; ils peuvent, en persistant longtemps à l'état chronique, constituer une source latente d'infection. Les kystes folliculaires, sont la conséquence de congestions répétées de l'ovaire, et déterminent l'ovarite interstitielle. Nous ne voulons pas insister sur la pathogénie de ces lésions, qui constitue cependant le point le plus original de la communication de M. Paul Petit, mais qui nous entraînerait trop loin.

L'auteur n'est pas partisan des castrations à outrance. Il pense qu'on ne devra y recourir, qu'après s'être astreint pendant quelques mois à l'expectation ou à un traitement palliatif.

Un second mémoire a trait à l'anatomie microscopique de la syphilide hypertrophique de la vulve.

Le troisième mémoire manuscrit et inédit, révèle chez le présentateur les mêmes qualités d'historien sérieux. Pensant que vous autoriserez son insertion dans nos bulletins, je me borne à vous en exposer une analyse succincte.

A propos de l'évolution normale du follicule de de Graaf, l'auteur soutient :

1° Que l'existence d'un endothélium sous-épithélial est des plus douteux ; la couche dite lymphoïde n'est en réalité, quand elle existe, qu'une couche fibrillaire, peu riche en cellules, et c'est à peine s'il y a lieu de la distinguer de la couche cellulo-vasculaire externe.

2° Que dans l'ovisac en mouvement, les cellules intra-folliculaires jusque-là représentées par une couche unique de cellules,

aplaties contre la paroi, prolifèrent, deviennent cuboïdes, et se disposent en deux couches soutenues par deux systèmes de papilles distinctes, l'un qui s'accole à l'ovule, l'autre qui reste accolé à la paroi du follicule. Après la rupture de l'ovisac, ces deux systèmes de papilles subsistent : s'ils se fusionnent et qu'en même temps l'épithélium subisse la dégénérescence hyaline, le corps jaune s'atrophie ; s'ils continuent à vivre et à s'accroître en regard l'un de l'autre, ainsi que les cellules qui s'y trouvent greffées, le corps jaune s'hypertrophie.

La connaissance de ces détails d'histologie normale facilite beaucoup l'interprétation histologique des kystes folliculaires, séreux ou sanguins de l'ovaire. Les kystes séreux résultent d'une hydropisie du follicule ou de l'ovule : dans le premier cas on ne trouve à la face interne du kyste qu'une seule zone de cellules cubiques ; dans le second, qui semble plus rare, on trouve deux zones de cellules cubiques, la plus interne appuyée sur une membrane hyaline, qui répondrait à la membrane vitelline.

Les kystes sanguins se distinguent en : 1° kystes provenant d'une hémorrhagie physiologique exagérée après la ponte ; 2° kystes résultant d'hémorrhagies dans l'intérieur de corps jaunes ; 3° kystes résultant d'hémorrhagies intra-vésiculaires primitives, non précédées de rupture ; 4° kystes résultant à la fois de l'hydrops folliculaire et d'hémorrhagies secondaires ; 5° kystes résultant d'une ponte intra-ovarienne.

Les kystes folliculaires séreux ne constituent un état pathologique que par leur nombre et leur volume.

La pathogénie de l'hydrops folliculaire paraît se résumer, tantôt dans la sclérose concentrique de l'ovaire, tantôt dans l'exagération, la prolongation ou l'hétérochronie de la congestion ovarienne.

Les kystes sanguins dépendent de causes très diverses, qui se traduisent par de la gêne circulatoire, des lésions vasculaires, un état de dyscrasie sanguine.

Il y a tout lieu de croire que les kystes d'origine folliculaire sont des kystes bénins, à développement limité. Il faut pourtant savoir qu'ils peuvent atteindre et même dépasser le volume du poing, et l'on ne saurait affirmer qu'ils ne puissent, au cours de leur évolution, se transformer en kystes prolifères.

M. P. Petit est membre correspondant de la Société anatomique, où il a fait des présentations intéressantes, parmi lesquelles je signale les faits suivants :

1° Kystes hémorrhagiques de l'ovaire, ovarite chronique suppurée (séance du 25 février 1888).

2° Note sur un kyste tubo-abdominal extrait par la laparotomie (séance du 25 mai 1888).

3° Fibro-myome de l'ovaire (séance du 16 novembre 1888).

Par ces divers travaux, M. Paul Petit a montré qu'il possède une véritable compétence en histologie normale et pathologique. La plupart de ces recherches ayant trait à la gynécologie, l'indiquent à vos suffrages. J'appuie donc auprès de vous sa candidature au titre de membre titulaire, et je demande l'insertion dans nos bulletins, du mémoire manuscrit qu'il présente à l'appui de sa candidature.

La Société ayant décidé l'insertion au Bulletin du mémoire de M. Petit, le voici in-extenso :

Notes sur l'évolution normale et pathologique du follicule de de Graaf, par le D^r PAUL PETIT. — Dans un travail récemment publié par les *Nouv. Archives d'obstétrique et de gynéc.* (juillet 1888), basé sur l'étude de dix ovaires kystiques enlevés par laparotomie, à la clinique du docteur Doléris, et dont un certain nombre ont été présentés à la Société anatomique, j'ai déjà traité de l'origine et du développement des kystes folliculaires de l'ovaire, kystes en miniature de Cruveilhier. La présente note a pour objet de reprendre d'une façon plus explicite certains points de cette étude, et tout d'abord, de rapprocher les faits pathologiques, de certaines données d'histologie normale encore peu connues ou sujettes à controverse, que nous avons récemment étudiées, d'après les indications du docteur Toupet.

Evolution normale du follicule. — Dans l'ovaire, à l'époque de la puberté, le follicule de de Graaf se présente sous trois as-

(1) Paul Petit. Ovarites et kystes de l'ovaire.

pects principaux : 1° A l'état de follicule primordial ; 2° A l'état de complet développement, en mouvement vers la ponte ; 3° Réduit à son enveloppe plus ou moins modifiée : c'est le corps jaune. Le follicule de de Graaf, encore au repos, présente de l'extérieur à l'intérieur : une membrane conjonctive lâche, substratum des vaisseaux ; une couche de cellules épithéliales aplaties ; une masse granuleuse, au milieu de laquelle est fixée l'ovule. Le follicule entre-t-il en activité, bientôt l'on voit se différencier, au dedans de la couche cellulo-vasculaire de l'ovisac, une couche secondaire, dite lymphoïde, et qui, à proprement parler, est une couche fibrillaire, contenant de rares cellules conjonctives et embryonnaires. Je n'insisterai pas sur l'endothélium sous-épithélial, qui serait analogue à celui décrit par Debove dans l'intestin, et sur l'existence duquel l'accord n'est pas encore fait. Les cellules de l'ovaire naguère aplaties, à peine apparentes, deviennent cubiques, prolifèrent, et se disposent en deux couches, l'une qui s'accole à l'ovule, l'autre qui continue à faire partie de la paroi de l'ovisac ; ainsi se trouvent constituées deux zones de prolifération cellulaire qui, poussant leurs éléments les uns vers les autres, se trouvent séparées par un certain espace rempli de détritits granuleux. Ces cellules sont supportées par des papilles qui, ainsi que nous l'a montré M. Toupet, proviennent, les unes de l'ovisac, les autres de la membrane de l'ovule. Celle-ci d'ailleurs, n'est pas comparable à une membrane cellulaire, et proviendrait de la condensation et du fusionnement des cellules folliculaires les plus centrales. Par suite, il n'y aurait en réalité à constituer l'ovule que le vitellus et le noyau (Toupet). Ce qui est certain, c'est qu'après la déhiscence de l'ovisac, le système des papilles les plus centrales demeure comme une sorte de couronne denticulée autour du réticulum fibreux qui prend la place de l'ovule, et le fait ne s'explique pas, sans la persistance, dans le corps jaune, de la membrane vitelline, d'où semblent émaner ces papilles.

D'après l'opinion reçue, le corps jaune serait dû à l'hypertrophie de la couche réticulée. Il est pourtant facile de voir sur des corps jaunes récents, que le stroma fibreux des parois est disposé non sous forme de réticulum, mais sous forme de papilles ; ces papilles se détachent, et de la paroi du follicule et des confins de la masse fibrineuse, et l'on comprend que ces deux systèmes

venant à se rejoindre, puissent donner une fausse apparence de réticulum.

Quant aux cellules dont Robin faisait des cellules spéciales, (cellules de l'oariule), que de Sinety suppose être des leucocytes de la couche réticulée transformés, Paladino des cellules conjonctives, ce sont de toute évidence des cellules épithéliales, les cellules granuleuses modifiées : il suffit, pour s'en convaincre, de prêter attention à leur forme, aux dimensions de leurs noyaux, à leur régulière disposition autour des papilles. Que ces cellules, une fois la ponte effectuée, continuent à vivre, à proliférer, et l'on aura le corps jaune hypertrophique. Si au contraire le corps jaune doit disparaître, après avoir passé ou non par la phase hypertrophique, ces mêmes cellules dégèrent, se fusionnent en masses vitreuses et peut-être la rétraction, l'atrophie de l'ovisac privé de son élément noble, sont-elles en partie dues au fusionnement de ces deux systèmes de papilles, dont nous avons parlé plus haut. Ainsi donc tout se simplifie : la formation, l'évolution du corps jaune ne sont que la continuation de l'évolution normale du follicule, sans intervention d'éléments nouveaux.

Ces quelques données, une fois acceptées, nous semblent de nature à faciliter beaucoup l'interprétation des faits pathologiques. Ainsi en est-il, par exemple, pour les kystes par hydropisie folliculaire, et les petits kystes sanguins de l'ovaire.

II. — *Histologie pathologique.* — 1° *Kystes folliculaires.* — Les kystes folliculaires semblent dépendre : tantôt d'une hydropisie de l'ovisac, l'ovule ayant disparu, tantôt d'une hydropisie de l'ovule lui-même (Toupet). Dans le premier cas l'enveloppe du kyste est constituée par une couche conjonctive, tapissée d'épithélium cubique, en pleine activité, si le kyste est encore petit, plus tard, en voie de dégénérescence ; quant au contenu, il est formé d'une masse granuleuse, au centre de laquelle se voient pendant un temps plus ou moins long l'ovule et l'épithélium juxta-ovulaire. Dans le second cas, on distingue très nettement de la périphérie au centre des kystes (1) : « La couche de cellu-

(1) P. Petit, op. cit.

les cubiques de la paroi, une étroite zone granuleuse formée probablement de détritits cellulaires, une deuxième couche épithéliale, couche péri-ovulaire, une membrane hyaline qui correspondrait à la membrane vitelline, une masse granuleuse devenue hydropique, et offrant en son milieu un noyau avec nucléole.»

2° Kystes sanguins. — Je distingue les kystes sanguins de l'ovaire en trois grandes classes : 1° kystes intra-folliculaires ; 2° kystes résultant d'apoplexie du stroma, ou de fausses membranes de péri-ovarite ; 3° épanchements sanguins dans l'intérieur de cysto-épithéliomes et de cysto-sarcomes, et qui ne sont que des accidents dans le développement de ces grandes tumeurs.

Les kystes sanguins intra-folliculaires se distinguent en : 1° kystes provenant d'une hémorrhagie physiologique exagérée. Après la ponte, ces kystes se différencient facilement, quand ils sont récents, en ce qu'ils sont voisins de la surface de l'ovaire, en ce qu'ils présentent encore nettement dans leur paroi les deux systèmes de papilles dont nous avons parlé, chargés de cellules folliculaires modifiées. 2° Kystes sanguins résultant d'hémorrhagies dans l'intérieur de corps jaunes cicatrisés : dans ce cas, la paroi du kyste répond encore à la structure du corps jaune, mais les papilles présentent çà et là la trace du raptus hémorrhagique, et le sang a dû dissocier les cellules qui y sont greffées, ou les masses hyalines qui en proviennent, avant de pénétrer dans la cavité naguère occupée par l'ovule. 3° Hémorrhagies intra-vésiculaires primitives, non précédées de rupture. Ces kystes sont ordinairement très nombreux ; leur paroi est semblable à celle de l'ovisac. Dans un cas, nous avons surpris le début de l'hémorrhagie dans la couche cellulo-vasculaire externe. 4° Hémorrhagies intra-vésiculaires, secondaires à l'hydropisie folliculaire. C'est une forme qui ne se peut guère différencier de l'hémorrhagie folliculaire primitive, mais qu'il est naturel d'admettre, quand dans le voisinage d'un certain nombre de follicules hydropiques, se trouve un kyste folliculaire à contenu sanguinolent.

Entre l'hémorrhagie intra-vésiculaire et l'apoplexie du stroma, il existerait une forme mixte, dont on connaît un cas rapporté

par M. Besnier, et consistant en une véritable hématoecèle intra-ovarienne, résultant d'une ponte anormale.

Origine et développement. — 1° *Kystes folliculaires.* — Dans le travail auquel j'ai fait plus haut allusion, j'ai discuté les différentes théories relatives à la pathogénie des kystes folliculaires. La seule qui paraisse cadrer en partie avec les faits observés, est celle qui fait entrer en ligne de compte l'obstacle opposé à la ponte par la sclérose corticale, suite de péri-ovarite. L'observation IV de notre mémoire est un frappant exemple de cet enchaînement morbide : les coupes pratiquées en une certaine étendue de l'ovaire qui en fait l'objet, démontrent : 1° une sclérose limitée d'une façon très uniforme à la périphérie de l'organe, sur une épaisseur de un millimètre $1/4$ environ. 2° Audessous de cette sorte de coque, un grand nombre de kystes folliculaires et de kystes sanguins développés dans des corps jaunes et le stroma, celui-ci étant d'ailleurs parfaitement normal. Nagel, d'après l'examen d'un certain nombre de pièces enlevées par laparotomie par Gusserow (1), a cru pouvoir appuyer dernièrement cette opinion, que la péritonite circonscrite était la cause la plus fréquente de maladie pour l'ovaire, que les lésions procédaient de la périphérie au centre, qu'il était très rare de trouver comme début du mal une inflammation interstitielle. Cependant, MM. Malassez et de Sinéty, dans leur mémoire sur l'origine et le développement des kystes de l'ovaire, citent une observation, dans laquelle de volumineux kystes folliculaires se montrent au milieu d'un stroma parfaitement normal. J'ai observé un cas analogue : l'ovaire était bourré de kystes folliculaires ; la sclérose n'existait qu'au pourtour de certains d'entre eux et semblait en dépendre. Dans les cas de ce genre, sans doute la formation kystique a-t-elle son origine dans l'exagération, la prolongation ou l'hétérochronie d'un phénomène déjà très accusé à l'état physiologique pour l'ovaire : la congestion. D'ailleurs il n'est pour ainsi dire point d'ovaire, pouvant passer pour sain, qui ne renferme des kystes folliculaires en petit nombre et peu développés ; ces kystes proviennent sans doute de follicules

(1) *Archives für gynæk.* B. d. f. 31.

qui suivent à distance le phénomène de la ponte, et sont surpris en pleine évolution par la cessation de l'afflux sanguin, ou bien de follicules qui ont subi l'influence de congestions extraphysiologiques, mais passagères. Ce qui constitue l'état morbide, c'est le grand nombre et le grand volume des kystes folliculaires, et l'on peut dire, dans les cas où la sclérose corticale n'entre pas en jeu, que le kyste par hydropisie folliculaire est au follicule, ce que la sclérose, qui arrive par le seul fait des progrès de l'âge, est au stroma, le résultat d'actions limites entre l'état physiologique et morbide.

2° *Kystes sanguins*. — Les kystes hémorrhagiques reconnaissent comme causes déterminantes, soit la gêne circulatoire déterminée par la torsion du pédicule de l'ovaire, des oblitérations veineuses (de Sinéty), la sclérose corticale, soit des lésions vasculaires, soit enfin certains états généraux. Sans doute faut-il aussi tenir compte, à titre de causes occasionnelles, du traumatisme du coït, d'un toucher explorateur non ménagé, des effets de la congestion menstruelle sur un ovaire prolabé. Ce qui est moins explicable, c'est la quasi-systématisation de l'hémorrhagie, en tel cas dans les follicules, en tel autre dans les corps jaunes et le stroma, à l'exclusion des follicules.

Que deviennent, en fin de compte, ces kystes dits *en miniature*? Disons, tout d'abord, que cette appellation manque de justesse, attendu qu'il n'est pas exceptionnel d'en rencontrer qui atteignent et même dépassent le volume du poing. Nous avons observé un cas de ce genre : l'épithélium de revêtement était complètement dégénéré, ou même détaché de la paroi, et le kyste ne semblait plus pouvoir s'accroître que par les hémorrhagies provenant de sa paroi. Nous en avons vu d'autres réduits à l'état de fentes ; reconnaissables à l'épithélium qui les tapissait, ils semblaient destinés à disparaître sous le processus de sclérose.

Il est reconnu que ces kystes peuvent, à un moment donné, se rompre, donnant lieu à l'hématocèle. Peut-être sont-ils susceptibles de se transformer, au cours de leur évolution, en kystes prolifères.

M. RICHELOT.— Je dirai seulement quelques mots. La symptomatologie des petits kystes de l'ovaire est intéressante et assez obscure. Dans ces cas, sans doute, il ne faut pas se presser de faire l'ablation des organes, mais on est quelquefois amené à la faire sans avoir reconnu la lésion, car le diagnostic n'est pas facile à établir d'une façon précise. L'altération kystique peut simuler la salpingite, susciter les symptômes qu'on attribue au phlegmon du ligament large ; donner lieu à de véritables poussées de pelvi-péritonite. J'ai vu à Tenon une malade avec une double altération kystique, chez laquelle j'ai diagnostiqué une salpingite. J'avais soigné cette malade, l'année précédente, pour une métrite ; 6 mois après sa guérison, des symptômes de pelvi-péritonite apparurent : empâtement du cul-de-sac latéral, douleur aiguë, fièvre, menaces de suppuration. Après amendement de l'état aigu, les douleurs persistant, je décidai l'opération qui fut assez simple ; je ne trouvai que des lésions kystiques de l'ovaire, avec quelques adhérences.

Vote.— M. Paul Petit, par 17 voix, est élu membre titulaire.

Rapport sur la candidature au titre de membre correspondant étranger de M. ROUVIER. — M. Rouvier, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté française de médecine de Beyrouth (Syrie), nous est bien connu par ses nombreuses publications. En voici l'énumération :

- 1° De la phlegmatia alba-dolens. *Thèse de Montpellier*, 1877.
- 2° Quelques considérations sur les déviations menstruelles, Paris, Savy, 1879.
- 3° Des rapports de l'ovulation et de la menstruation. Congrès de Montpellier. *Association française pour l'avancement des sciences* 1879. (En collaboration avec M. le D^r Queirel.)
- 4° Etudes statistiques sur la menstruation dans les Bouches-du-Rhône. *Association pour l'avancement des sciences, Congrès de Montpellier*, 3 sept. 1879 (en collaboration avec le D^r Queirel).
- 5° Hystéromètre porte-caustique. *Académie de Médecine*, juillet 1880 (en collaboration avec le D^r Queirel).
- 6° Quelques phénomènes supplémentaires de règles. *Annales de Gynécologie*, 1879.

7° Etudes sur les déviations menstruelles. *Annales de Gynécologie*, 1887, t. XXIII.

8° Recherches sur la menstruation en Syrie. *Annales de Gynécologie*, 1887. La menstruation très précoce dans ce pays s'y établit le plus souvent entre 12 et 13 ans.

9° Sur les corps étrangers du vagin. *Revue médico-pharmaceutique de Constantinople*, 31 juillet 1888.

10° Des mariages précoces des femmes, et leurs conséquences au point de vue pathologique. *Revue médico-pharmaceutique à Constantinople*, 1888, et *Annales de Gynécologie*, 1888. L'auteur démontre, dans ce mémoire, que les mariages précoces exposent les femmes à la stérilité, aux affections utérines, et que parmi celles qui ont des enfants, la natalité est cependant moindre que normalement.

11° Hygiène de la première enfance. Paris, 1888.

Le simple énoncé de ces travaux démontre l'activité de M. J. Rouvier, il se recommande particulièrement par ses qualités de clinicien consommé et de statisticien exact. En outre, la situation qu'occupe M. Rouvier à Beyrouth, le recommande particulièrement à nos suffrages.

Enfin, M. Misrachi vous a aussi envoyé une lettre par laquelle il vous demande de prendre en considération ses travaux à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant étranger.

Il vous communique un mémoire manuscrit, sur le traitement de l'hémorrhagie post-partum secondaire, par le raclage et l'écouvillonnage de l'utérus.

M. Misrachi a déjà publié plusieurs mémoires qui ont fait une certaine sensation, et ont soulevé des polémiques assez vives. Je signalerai parmi ces travaux les titres des ouvrages suivants :

1° Contribution à l'étude de la rétention du délivre dans l'avortement. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1887.

2° Traitement de l'avortement incomplet, expectation et intervention. *Arch. de Tocologie*, 1888.

3^e Note sur le traitement de la fièvre puerpérale. *Bulletins de l'Académie de médecine*, séance du 25 septembre 1888, et *Bulletins de la Société de médecine pratique de Paris*, séance du 12 juillet 1888.

Dans tous ces mémoires, l'auteur s'est fait un ardent défenseur du raclage et de l'écouvillonnage de l'utérus, à la suite de la rétention du délivre dans l'avortement et dans les accidents septiques d'origine utérine pendant les couches, et enfin dans le mémoire actuel, pour combattre les hémorrhagies post partum secondaires.

Si le curage utérin a conquis définitivement sa place en gynécologie, s'il est employé par tous les chirurgiens en thérapeutique intra-utérine, il n'est encore admis que par la minorité des accoucheurs en France, dans le traitement des suites de couches. Au sein même de cette Société, M. Pajot en a été un détracteur éloquent et autorisé. Pour ma part, je suis convaincu que le raclage utérin présente ses indications en gynécologie, qu'il est moins dangereux que les cautérisations énergiques de la cavité utérine, et tout aussi efficace. Ma conviction est loin d'être faite dans ce traitement appliqué aux suites de couches.

Il a été vulgarisé en France par mon ami Doléris, admis par mon maître M. Charpentier. Je prends la liberté, avec leur permission, d'exposer ici mon opinion, qui, on le sait, n'est pas partagée par toute notre commission. M. Charpentier a pris position à l'Académie de médecine, et il a défendu cette intervention, avec des arguments et des observations, bien propres à ébranler nos convictions.

Il m'a autorisé à ne pas laisser passer les appréciations de M. Misrachi sans y apporter personnellement les plus prudentes réserves.

M. Misrachi est partisan du raclage et de l'écouvillonnage de l'utérus dans le cas de rétention du délivre dans l'avortement. A mon sens, il intervient d'une façon trop prématurée, dans des cas qui, à mon sens, se seraient terminés spontanément, si on avait attendu avec un peu de patience.

Voici le résultat statistique des avortements observés à l'hôpital Saint-Louis du 1^{er} janvier 1883 au 1^{er} janvier 1889 :

1883

Avortements dans le cours des trois premiers mois	66
— — — du 4 ^e mois.....	62
— — — du 5 ^e mois.....	71
— — — du 6 ^e mois.....	109
— — — de date inconnue.....	18
Total.....	326

L'étiologie des avortements a été la suivante :

	des 3 prem. mois.	du 4 ^e mois.	du 5 ^e mois.	du 6 ^e mois.
Traumatisme.....	9	6	8	9
Causes banales, peur, émo- tions morales, fatigues, misère.....	6	7	5	4
Rétroversion de l'utérus..	6	1	2	»
Cardiopathie.....	3	4	1	5
Fièvre typhoïde.....	»	»	1	»
Tuberculose pulmonaire..	1	6	2	4
Albuminurie et éclampsie.	»	»	»	3
Grossesse gémellaire.....	»	»	»	1
Insertion vicieuse.....	»	»	»	1
Syphilis.....	»	4	21	31
	(3 à une époque indéterminée).			
Scrofule.....	1	»	2	1

On voit que nous n'avons trouvé la cause de l'avortement que dans un assez petit nombre de cas. La cause anatomique la plus fréquente de l'avortement, est incontestablement une altération profonde de la caduque utérine. Celle-ci est très souvent épaissie et très adhérente. Elle reste souvent fixée après l'expulsion de l'œuf. Je ne crois pas que cette disposition si fréquente, autorise à pratiquer prématurément le curage de l'utérus. La muqueuse utérine s'élimine d'ordinaire spontanément. Le curage utérin ne trouve son indication qu'en face de troubles : hémorrhagie, endométrite consécutives.

Le placenta se détache spontanément, presque toujours dans le cours des 24 premières heures.

M. B. L.

Il est le plus souvent difficile de savoir, combien de temps après l'expulsion du fœtus se fait l'expulsion du placenta dans le cours des 3 premiers mois, parce que l'œuf est habituellement expulsé en un temps, ou parce que la sortie de l'embryon passe inaperçue.

Nous n'indiquerons dans les 66 observations appartenant à cette première catégorie de cas, que ceux où on a pratiqué la délivrance artificielle. 6 fois on est intervenu pour enlever le placenta, une fois après 2 jours, deux fois après 5 jours, une fois après 13 jours, les autres fois après un temps indéterminé ; une seule fois, à la suite de ces opérations, il y eut de la fièvre et elle ne dura qu'un jour.

A la suite des 60 avortements spontanés, il y eut de la fièvre 5 fois; 1 fois un seul jour, 1 fois 2 jours, 1 fois 3 jours ; une fois il y eut des phénomènes septiques ayant duré un mois et une dernière fois de la pelvi-péritonite. Par conséquent, 55 fois les suites de couches furent apyrétiques.

L'avortement se produisit dans le cours du 4^e mois 62 fois.

On a dû intervenir 5 fois seulement, après 2 jours, 5 jours, 13 jours, 15 jours, après une époque indéterminée. La fièvre exista dans 4 cas deux jours, 2 fois huit jours, 15 jours une fois, la mort est survenue dans l'un de ces cas.

Dans les délivrances spontanées, la fièvre a été observée 6 fois; 1 jour, 2 jours, 3 jours ; deux fois il y a eu pelvi-péritonite, une fois péritonite aiguë et mort. Les 51 autres fois les suites de couches furent apyrétiques.

L'avortement se produisit dans le cours du 5^e mois 71 fois.

On dut extraire le placenta 7 fois ; 5 fois les couches furent apyrétiques, les deux autres fois la fièvre fut légère.

Dans les délivrances spontanées, on note 6 fois de la fièvre ; trois fois légère, n'ayant duré que quelques jours; une autre fois ayant duré 18 jours ; deux fois enfin, on constata des exsudats de pelvi-péritonite. 58 fois les suites de couches furent donc apyrétiques, à la suite de la délivrance spontanée.

L'avortement fut observé 109 fois dans le cours de 6 mois.

5 fois, on pratiqua l'extraction du délivre, presque toujours à une époque très rapprochée, de une à 7 heures, après l'expulsion

du fœtus, 3 fois avec apyrexie consécutive, deux fois avec une fièvre consécutive d'un seul jour.

La délivrance spontanée fut apyrétique 95 fois ; dans 9 cas on observa de la fièvre, pendant une journée 4 fois, pendant 2 jours une fois, pendant trois jours deux fois, pendant 4 jours une fois ; une fois enfin, il y eut de la pelvi-péritonite.

L'avortement fut observé 18 fois, à une époque indéterminée de la grossesse.

Deux fois il y eut délivrance artificielle, les deux fois suivie d'apyrexie.

A la suite de la délivrance spontanée, quatre fois il y eut fièvre : durant un seul jour, deux fois, et une fois deux jours et trois jours. Douze fois, la délivrance spontanée fut donc apyrétique.

Cette statistique justifie les notions classiques sur la plus grande gravité de l'avortement dans le cours des 4^e et 5^e mois.

Sur nos 326 observations d'avortement, la délivrance fut artificielle 25 fois. Dans 16 cas, les suites de couches furent apyrétiques ; dans 9 cas il y eut de la fièvre, 3 fois une seule journée, 2 fois deux jours, mais l'une de ces deux malades succomba (nous allons en donner l'observation), 3 fois trois jours ; une autre fois, il y eut véritablement infection, mais après 18 jours de fièvre, le malade se rétablit définitivement, ce qui fait, dans les cas d'intervention, 36 % de fièvre, 4 % de mortalité.

La délivrance fut spontanée 301 fois ; il y eut fièvre un jour seul 8 fois, deux jours 3 fois, trois jours 9 fois, quatre jours 1 fois, des accidents infectieux ayant duré une fois 15 jours, une fois 18 jours, des accidents de pelvi-péritonite 5 fois, la mort par péritonite une fois, ce qui fait 10 % d'accidents fébriles, et 0,3 de mortalité.

L'observation du cas de mort à la suite de la délivrance artificielle est justement un cas où j'ai employé le grattage ; je ne veux pas le mettre à la charge de ce mode de traitement. Les conditions dans lesquelles cette intervention a été décidée étaient, en effet, des plus défavorables. La seule conclusion qu'on puisse en tirer est qu'elle s'est montrée impuissante.

Voici cette observation :

Obs. I. — Mad. M., 28 ans, marchande de vins, bien réglée, a eu plusieurs accouchements antérieurs, à terme et normaux, elle est enceinte du mois de septembre 1886. Le 16 janvier 1887, c'est-à-dire dans le cours du 4^e mois de cette grossesse, elle est prise de métrorrhagie. La sage-femme appelée constate qu'il s'agit d'un avortement. Le fœtus est sorti, mais le placenta est retenu. Elle fait des tentatives infructueuses de délivrance artificielle ; le surlendemain 18 janvier, extrême fétidité de l'écoulement, fièvre et frissons.

Je la vois en ville, mandé par un médecin, le 20 seulement. Je constate que le col est ramolli et entr'ouvert, mais l'orifice interne ne permet pas d'introduire facilement plus d'un doigt. On lui fait des injections intra-utérines. Elle entre dans le service le 22, on enlève ce que l'on peut du placenta soit avec le doigt, soit à l'aide d'une curette, sans gratter, faisant pince avec le doigt introduit dans l'utérus.

Mais il est évident que tout le placenta n'est pas extrait. Grands lavages intra-utérins. Tamponnement du vagin avec de la tarlatane iodoformée. Matin T. 40°, P. 116. Soir T. 37,2, P. 114.

Phénomènes réflexes dans la journée ; ils sont très graves, avec tendances syncopales, pouls imperceptible ; administration du sulfate de quinine.

Le lendemain, 23 janvier, on extrait à l'aide de la curette les derniers vestiges du placenta, on cure, et on fait de nouveau des lavages intra-utérins. J'acquis alors seulement la conviction qu'il ne restait plus rien dans l'utérus. Ecouvillonnage avec de la glycérine créosotée, tamponnement iodoformé du vagin. Matin T. 39,4. P. 120. Soir T. 40,2. P. 140. De nouveau lipothymies, dans la journée, mêmes accidents que la veille. Même traitement.

Le 24 janvier. Matin, T. 39,2. P. 120. Soir, T. 39,4. P. 132. Etat grave.

Le 25 janvier, elle succombe.

Je suis resté pendant quatre ans sans avoir à constater des rétentions de placenta persistant plus d'un ou deux septénaires.

Dans ces derniers temps j'ai eu l'occasion d'observer, coup sur coup, deux cas où le placenta a séjourné dans l'utérus sans hé-

morragie, et sans présenter de décomposition putride plus d'un mois. Les deux fois, comme les malades voulurent absolument quitter l'hôpital, parce que, disaient-elles, elles se sentaient fort bien portantes, je pratiquai l'hystérométrie, pour savoir si le placenta n'avait pas été expulsé à notre insu. Dans les deux cas, l'hystérométrie fut suivie d'une hémorragie abondante, mais pas de nature à compromettre sérieusement la santé de nos malades, et le délivre fut expulsé. Je dois ajouter, pour être sincère, et pour donner à mes adversaires une observation, dont ils pourront tirer partie, que j'ai été appelé en ville pour un cas de rétention du placenta durant depuis un mois, qui s'est terminé après ce temps par une hémorragie mortelle. Je suis convaincu que le médecin traitant aurait pu sauver la femme, en faisant en temps opportun la délivrance artificielle, ou en pratiquant le tamponnement.

Je pense que, lorsque des débris de membranes, des portions du placenta restent dans l'utérus, et sont l'occasion d'hémorragies tardives, il y a lieu d'aller à la recherche de ces corps étrangers et de les enlever. Cette lésion bien connue, bien étudiée sous le nom de polype placentaire, justifie l'ablation du corps du délit, et non le curage et l'écouvillonnage de la muqueuse saine, partout où le polype placentaire ne s'insère pas.

Trois modes de traitement ont leurs partisans dans la conduite à tenir pour obvier aux accidents de l'avortement : l'expectation quand même, la délivrance artificielle pratiquée de bonne heure, la méthode intermédiaire, éclectique, qui n'admet les indications de l'intervention que pour pallier à l'hémorragie, ou à la rétention du placenta se putréfiant. Je me range résolument parmi les partisans de cette dernière méthode, admettant que l'hémorragie constitue très rarement une indication de la délivrance artificielle, et qu'on doit intervenir dans le cas de rétention du placenta, avant la putréfaction, dès que la température s'élève, ce qui a généralement lieu un jour avant la fétidité de l'écoulement utérin.

On voit que je n'ai jugé l'intervention nécessaire que 25 fois sur 326 cas, et encore, dans ces cas, très souvent, le placenta était détaché presque en totalité, et vraiment, l'opération était d'une simplicité extrême. On aurait certainement aussi bien pu attendre

l'expulsion spontanée du délivre. Plusieurs fois je suis intervenu dans une idée expérimentale. Ma conviction est que les cas où il est vraiment nécessaire d'intervenir dans la délivrance à la suite de l'avortement, ne se chiffrent pas à plus de 3 à 4 fois pour 100.

En face du nombre des cas d'interventions pratiquées par M. Misrachi, je serais fort curieux de savoir le chiffre total des avortements qu'il a observés.

Que vous dirai-je du traitement de la septicémie d'origine utérine, à l'aide du curage et de l'écouvillonnage ? Sa valeur ne s'est pas trouvée justifiée par les observations qui me sont personnelles.

Lorsqu'il existe de l'endométrite septique, il existe en même temps de la septicémie générale. On agit bien alors sur le foyer local de septicémie, mais on n'atteint pas suffisamment la septicémie générale, *totius substantiae*.

Le grattage n'est que très difficilement complet, on laisse dans la cavité utérine des débris de muqueuse altérée, et l'antisepsie consécutive m'a toujours paru insuffisante. De plus, on crée certainement des portes d'entrée, par les éraillures et les déchirures consécutives à l'intervention ; et on s'expose à perforer l'utérus. Enfin, le traumatisme qui en résulte, provoque des phénomènes réflexes, qui m'ont paru dans les cas qui me sont personnels, très sérieux. Voici d'ailleurs l'observation de deux malades, les deux seules que j'ai soignées par cette méthode.

Obs.— II. La nommée B., femme B., est entrée dans mon service de l'hôpital Saint-Louis, le 4 janvier 1888, à 2 h. du soir. — C'était une femme de 35 ans, journalière de sa profession, de bonne santé habituelle, ayant déjà eu antérieurement onze accouchements à terme. Elle se croit actuellement à terme ; cependant elle nourrissait encore au moment de sa grossesse, dont les débuts ne peuvent pas être fixés avec précision. Cette grossesse a évolué d'une façon assez pénible, notre malade s'est plainte à plusieurs reprises de métrorrhagies, et dans l'intervalle, de fleurs blanches abondantes. Des douleurs abdominales continuelles, et un état de fatigue et de malaise persistants, n'ont cessé de l'in-

commoder. Elle a été accouchée chez elle artificiellement, après 7 heures de travail, parce que, dit-elle, l'enfant se présentait par le siège. Celui-ci a été d'ailleurs extrait mort. La délivrance ne suivant pas l'expulsion du fœtus, on a dû faire des tentatives de délivrance artificielle, qui n'ont pas été suivies de succès. L'accouchement avait eu lieu le 3 janvier, à 11 h. du soir; on apporte cette femme à l'hôpital le lendemain 4 janvier, à 2 heures de l'après-midi.

M. l'interne de service constata que l'utérus remontait jusqu'au niveau de l'ombilic; le col était reformé; mais quoique dilatable, on ne pouvait pas introduire à travers l'orifice utérin plus de trois doigts. On constate que le placenta est décollé dans les $\frac{2}{3}$ à peu près de son étendue, il reste encore adhérent dans le $\frac{1}{3}$ de sa surface. Comme la femme continuait à perdre du sang, l'interne de service cherche à faire l'extraction. Le cordon avait été rompu dans les manœuvres pratiquées en ville. Il enlève une masse placentaire pesant 470 grammes, les membranes restent dans l'utérus.

L'interne de service nous dit qu'il n'est pas certain d'avoir extrait le placenta dans sa totalité. On pratique après cette délivrance des injections intra-utérines, d'abord avec de la solution phéniquée au $\frac{1}{20}$ pour un litre, et ensuite au $\frac{1}{40}$ pour quatre litres.

On peut voir, d'après la courbe du pouls et de la température, la marche des accidents fébriles. Les lochies restèrent presque constamment fétides; on fit, une ou deux fois par jour, des injections intra-utérines très abondantes, de 4 à 8 litres (du 4 au 13 janvier de solution phéniquée au $\frac{1}{40}$, puis plus tard, du 13 au 19 janvier, de solution de créoline). L'amélioration ne suivit pas d'une façon manifeste ce traitement. L'utérus restait toujours volumineux, il n'existait pas d'exsudat péri-utérin. La fièvre s'accompagnait seulement d'un état d'inappétence, d'anémie, de faiblesse considérable.

C'est dans ces conditions que je priai mon ami et collègue M. Auvard, de venir voir avec moi cette malade, et de me dire s'il ne jugeait pas utile de pratiquer le curage utérin. Il pensa qu'il était indiqué, et il le pratiqua le 19 janvier, à l'aide de la curette perforée qu'il a fait construire dans cette intention.

Il ramena des débris blanchâtres, qui, examinés au microscope, étaient constitués par des micrococci en très grand nombre, et qui donnèrent à M. Butte des cultures septiques positives, avec inoculation mortelle sur des cobayes. L'indication de l'opération était donc aussi formelle que possible.

On peut cependant voir que les suites de l'opération n'ont pas été aussi favorables qu'on aurait pu l'espérer.

Notre malade présente, le jour même surtout, et les deux jours suivants, des phénomènes d'anxiété et d'angoisse respiratoires extrêmement inquiétants. Ils furent si accusés le premier jour, que nous pensâmes qu'elle succomberait.

La malade, qui n'avait eu auparavant qu'un seul frisson, le jour même de son entrée à l'hôpital, en présenta plusieurs, dans les quatre jours qui suivirent l'opération.

Après l'avoir gardée cinq jours encore, nous dûmes, faute de place, prier un de nos collègues de la recevoir dans son service.

Elle y resta encore longtemps, je crois plus d'un mois ; elle se rétablit lentement, et finit par guérir.

Elle est revenue cette année même accoucher à l'hôpital. Elle présenta encore de l'adhérence du placenta, qui justifia de nouveau une délivrance artificielle. Mais celle-ci fut faite en temps opportun, avec toutes les précautions antiseptiques, et elle ne fut pas suivie d'accidents fébriles pendant les couches.

Voici la courbe de température et du pouls observés chez cette malade.

4 janvier. Soir, P., 120 ; T., 39.2.

5 Janvier. Matin, P., 132 ; T. 39.4. — Soir, P., 140 ; T., 39.2 frissons.

6 janvier. Matin. P., 130 ; T. 39.4. — Soir, P., 134 ; T., 39.4.

7 janvier. Matin. P., 124 ; T., 39.4. — Soir, P., 122 ; T., 38.8.

8 janvier. Matin. P., 116 ; T., 38.4. — Soir. P., 124 ; T., 39.8.

9 janvier. Matin. P., 108 ; T., 38.4. — Soir. P., 120 ; T. 39.4.

10 janvier. Matin. P., 112 ; T., 38°. — Soir. P., 120 ; T., 39.2.

11 janvier. Matin. P., 120 ; T., 37.8 — Soir. P., 114 ; T., 38.8.

12 janvier. Matin. P., 120 ; T., 38.4. — Soir. P., 110 ; T., 38.2.

13 janvier. Matin. P., 106 ; T., 37.8. — Soir. P., 120 ; T., 38.4.

14 janvier. Matin. P., 110 ; T., 37.6. — Soir. P., 124 ; T., 39°.

15 janvier. Matin. P., 116 ; T., 38.8. — Soir. P., 124 ; T., 39.8.

16 janvier. Matin. P., 124 ; T., 39.6. — Soir. P., 140 ; T., 39.6.

17 janvier. Matin. P., 114 ; 38.8. — Soir. P., 150 ; T., 41°.

18 janvier. Matin. P., 116 ; 37 2. — Soir, P., 124 ; T., 38.6.

Grattage et écouvillonnage de l'utérus.

19 janvier. Matin. P., 124 ; T., 38.6. — Soir, P., 140 ; T., 40°.

20 janvier. Matin. P., 120 ; T., 38°. — Soir. P., 124 ; T., 40°.

21 janvier. Matin. P., 104 ; T., 37.4. — Soir, P., 140 ; T., 40°.

Passe dans un service de médecine de l'hôpital.

Obs. III. — La nommée L., femme G., âgée de 24 ans, lingère, d'assez bonne santé habituelle, quoique anémique, est entrée à l'hôpital Saint-Louis le 7 mars 1888, à 4 heures du soir. Elle était déjà accouchée trois fois à terme ; l'un de ses enfants, l'aînée, une fille, vit actuellement ; les deux autres ont succombé dans le cours de la première année.

Enceinte pour la quatrième fois, ses règles ont apparu pour la dernière fois du 9 au 13 juin 1887, elle est accouchée le 6 mars 1888 à 7 heures du matin, c'est-à-dire un peu avant son terme. La délivrance n'eut pas lieu, et ne put pas être obtenue par le médecin qui la soignait. On l'envoya donc le 7 mars dans la soirée à l'hôpital. L'interne du service, trouvant

l'orifice interne du col fermé, me fit prévenir. La malade avait déjà de la fièvre, et avait eu, vers 10 heures, un frisson violent. J'arrivai près de la malade le 8 mars après minuit.

Je pus extraire le placenta, en introduisant plusieurs doigts dans l'utérus, et en m'aidant d'une des cuillers de la branche à faux germe.

Le fragment du placenta qui fut ainsi enlevé, pesait 280 grammes, et était extrêmement fétide. Ce n'était très certainement qu'une partie du placenta. L'exploration de la cavité utérine ayant démontré qu'elle était vide, il faut en conclure que le médecin qui avait fait des tentatives de délivrance artificielle, avait déjà enlevé une partie importante du placenta.

8 mars. Matin, P., 92 ; T., 37. — Soir, P., 104 ; T., 37°.

9 — — P., 102 ; T., 37.2. — Soir, P., 106 ; T., 37.4 ; purgatif.

10 mars. Matin, P., 106 ; T., 38. — Soir, P., 108 ; T., 37.6.

Les lochies étant très fétides, on lui fait une injection intra-utérine de 3 litres de solution phéniquée au 1/40°.

11 mars. Matin, P., 108 ; T., 37.8. — Soir, P., 128 ; T., 39.6 ; sulfate de quinine 0,75, antipyrine 1 gr. 50.

12 mars. Matin, P., 116 ; T., 38.6. — Soir, P., 108, T. 38.6 ; sulfate de quinine 1 gr., antipyrine 2 gr., purgatif salin.

13 mars. Matin, P., 102 ; T., 38. — Soir, P., 126 ; T., 40° ; sulfate de quinine 1 gr. 25, antipyrine 2 gr. 50.

14 mars. Matin, P., 104 ; T. 38. — Soir, P., 110 ; T., 38.6 ; frissons dans l'après-midi ; sulf. de quinine 1 gr., antipyrine 2 grammes.

15 mars. Matin, P., 104 ; T., 37.6. — Soir, P., 116 ; T., 38.2 sulf. de quinine 0,75, antipyrine 1 gr. 50.

16 mars. Matin, P., 104 ; T., 37.6. — Soir, P., 106 ; T., 38 ; sulf. de quinine 0.50, antipyrine 1 gr.

17 mars. Matin, P., 100 ; T. 38.6. — Soir, P., 124 ; T., 38.8 ; sulf. de quinine 0,75, antipyrine 1 gr. 50.

18 mars. Matin, P., 124 ; T., 40.2. — Soir, P., 100 ; T., 38.8 ; sulf. de quinine 0,25, antipyrine 2 gr. 50.

19 mars. — Les lochies étaient restées fétides pendant tout ce temps, mais on n'avait pas institué, pour les modifier, d'autre traitement que des injections vaginales fréquentes, et un panse-

ment de la vulve avec du salol et de la ouate hydrophile. Les annexes étant saines, j'ai pensé que les phénomènes de septicémie avaient pris leur origine dans une rétention de la caduque, ou une altération septique de l'endomètre. Les annexes étaient saines. Dès lors, le grattage utérin présentait les indications que lui accordent ses partisans. Je résolus de l'essayer, étant donnés les phénomènes graves que présentait notre malade.

Le matin de l'opération la température était à 38°4, le pouls à 112. Nous fîmes un grattage aussi complet que possible, à l'aide de la curette tubulée, suivi d'injection, et d'un écouvillonnage avec un mélange de glycérine et de créosote. Le soir elle fut prise de frissons. (Température pendant les frissons 41°.) Sulfate de quinine 1,50, antipyrine 2 gr., phénomènes réflexes intenses; syncope, anxiété respiratoire.

20 mars. Matin, T., 39; P., 120. — Soir, P., 116, T., 39.2; sulfate de quinine 1 gr., antipyrine 2 gr.; diarrhée; laudanum XV gouttes.

21 mars. Matin, T., 38.8; P., 104. — Soir, T., 40°; P., 124; dans l'après-midi, nouveaux frissons, continuation de la diarrhée; sulfate de quinine 0,75, antipyrine 1 gr., laudanum XV gouttes.

22 mars. Matin. T., 40; P., 120. — Soir, T., 40; P., 116; potion de teinture d'aconit 2 gr., laudanum XV; diarrhée.

23 mars. Matin, T., 39.4; P. 118. — Soir, T., 40; P., 120; même traitement.

24 mars. Matin, T., 39.6; P., 126. — Soir, T., 39.2; P., 124; même traitement.

25 mars. — Matin, T., 39.6; P., 124; soir, T., 40.2; P., 128; diarrhée très fétide, phénomènes de congestion hypostatique pulmonaire double, ventre ballonné: naphthaline et charbon ââ 2 gr., laudanum XV gouttes, teinture d'aconit 2 gr.

26 mars. Matin, T., 39.6; P., 122. — Soir, T., 39.6; P., 120; même traitement.

27 mars. Matin, T., 39.8; P., 128. — Soir, T., 39; P., 118; même traitement.

28 mars. Matin, T., 39.6; P., 120. — Soir, T., 38.8; P., 124; même traitement.

29 mars. Matin, T., 39.4 ; P., 112. — Soir, T., 38.8 ; P., 112 ; même traitement.

30 mars. Matin, T., 39.8 ; P., 128. — Soir, T., 39.4 ; P., 124 ; même traitement.

31 mars. Matin, T., 46.2 ; P., 130. — Soir, T., 37.6 ; P., 112 ; même traitement.

Du 1^{er} au 9 avril, la température oscille entre 38,5 et 39,4 et le pouls entre 114 et 130 pulsations. Les phénomènes de congestion pulmonaire ne sont pas enrayés. On lui applique à plusieurs reprises des ventouses, on lui fait respirer de l'oxygène.

D'ailleurs, continuation des autres médicaments prescrits précédemment.

Sauf le 12 et le 11 où la température a dépassé 40°, elle a oscillé du 12 au 18 entre 38,8 et 39,8 ; le pouls était alors très élevé entre 130 et 140 et une fois même il monta à 168.

Les respirations fréquentes, de plus de 40 par minute, montaient jusqu'à 50. A partir du 14, elle avait du délire nocturne.

A partir du 18 avril, hypothermie, la température tombe jusqu'à 36°,6, la veille du jour où elle succombe.

L'autopsie n'a pas pu être faite, les parents y ayant mis opposition.

Des deux observations, on ne peut rien conclure d'une façon absolue, mais en tout cas ces faits ne sont pas favorables à la méthode. Je veux bien admettre que les injections intra-utérines sont insuffisantes. Pour se laver les mains on doit se les frotter, mais on n'a pas besoin pour cela de s'enlever l'épiderme.

Les opinions soutenues par M. Misrachi nous ont au moins démontré que le curage et l'écouvillonnage de l'utérus, dans la septicémie d'origine utérine dans les couches, après l'accouchement à terme, n'étaient pas par eux-mêmes aussi graves qu'on aurait été tenté de l'admettre à priori. Dans des cas absolument désespérés, en face de l'insuccès avéré de tout autre moyen, on pourra peut-être recourir à ce traitement, en le considérant comme une ressource thérapeutique, après laquelle il n'y a plus rien à faire d'utile. Pour moi, je n'y ai nulle confiance.

Néanmoins M. Misrachi a fait preuve d'activité scientifique ; j'appuie la demande qu'il vous fait d'être admis parmi nos membres correspondants étrangers.

Nous avons enfin reçu deux lettres de candidatures adressées par MM. Sabail et Secheyron qui demandent à être admis parmi nos membres correspondants nationaux.

La question du curage et de l'écouvillonnage est à l'ordre du jour : M. Sabail envoie, à l'appui de sa candidature, un mémoire manuscrit sur ce sujet.

Voici le résumé succinct de ce mémoire :

L'auteur s'efforce de démontrer dans le mémoire manuscrit qu'il nous a communiqué :

1° Que le curage et l'écouvillonnage combinés constituent une méthode inoffensive, à la condition d'observer rigoureusement les règles de l'antisepsie, avant, pendant et après l'opération. Il a traité par ce procédé 70 malades, sans constater un seul accident imputable au traitement chirurgical ;

2° Que la pratique du curage est accessible à tout praticien. Il cite un de ses confrères de la région de Tarbes, qui, comme lui, l'a pratiqué avec succès un assez grand nombre de fois.

Toute phlegmasie récente péri-utérine est une contre-indication à l'opération.

Dans la seconde partie du mémoire, l'auteur passe en revue :

1° L'âge des malades.

2° Leur profession.

3° L'étiologie. — Dans le nombre de 70 malades, il a observé 60 cas où la métrite était survenue à la suite de couches ou de fausses-couches, 4 cas de blennorrhagie, et 6 cas de cancer ou de fibrome interstitiel. Conclusion : la métrite est toujours de nature infectieuse.

L'oophoro-salpingite a été constatée deux fois, sur les 4 cas de métrite blennorrhagique.

4° Les symptômes communs et les symptômes spéciaux.

5° La durée de la maladie.

6° Le diagnostic anatomique de la métrite. — Le curage explorateur moyen simple, facile et sans danger, permet d'apprécier la nature, l'étendue et la modalité des lésions.

7° Les conditions pathologiques accessoires. — L'auteur a observé l'inflammation des annexes et les déviations dans un

tiers des cas ; le prolapsus dans la proportion de 10 %, la cystocèle et la rectocèle dans la proportion de 3 %.

8° Le traitement.

9° Nombre de curages et d'écouvillonnages.

10° Les symptômes consécutifs.

11° Les résultats. — On peut considérer comme complètement guéries 55 malades, c'est-à-dire les trois quarts des opérées. La cure a été rapide, 3 semaines environ.

La grossesse est survenue 6 fois, aussi bien chez des nullipares, que chez des femmes antérieurement stériles, après ce traitement.

12° Les échecs. — Deux cas de périmérite, d'ailleurs sans résultats fâcheux, survenus après le curage, sous l'influence d'un traumatisme consécutif, prouvent qu'il faut respecter l'utérus dans les cas de lésions péri-utérines irritables.

Grâce au curage et aux pansements antiseptiques, deux malades atteintes de cancer, traitées depuis 2 ou 3 ans, sont relativement en bonne santé.

Dans les cas de fibrome interstitiel, les hémorrhagies se sont reproduites à bref délai après le curage.

Ces cas exceptés, il reste à constater 9 autres échecs.

Messieurs, la pratique du curage dans les affections de l'endométrie, me paraît avoir conquis sa place dans la thérapeutique gynécologique. Le mémoire de M. Sabail est un nouveau témoignage de son succès. Je vous demande donc de prendre en considération la demande qu'il vous fait, et de lui accorder une place au milieu de nos membres correspondants nationaux.

M. Secheyron n'est pas un inconnu parmi nous. Depuis longtemps il a concentré son attention sur les causes de dystocie dépendant des malformations des organes génitaux. Nous rappellerons, à ce propos, qu'il a publié dans les *Annales de Gynécologie* (année 1885) un mémoire fort remarqué, ayant trait à l'étude anatomique et pathologique du cloisonnement pelvien antéro-postérieur, auquel il attribue la malformation utérine, constitué en sa bilocularité.

Parmi les communications diverses qu'il nous a faites, nous relèverons spécialement deux d'entre elles, portant sur des ano-

malies génito-urinaires, et une troisième, relative à un cas fort intéressant d'insertion vélamenteuse du cordon, avec placenta succenturié. Il a encore publié un mémoire sur l'hystérotomie, en collaboration avec notre collègue M. Auvard, et un travail sur l'hypnotisme et la grossesse.

Le travail manuscrit que M. Secheyron envoie à l'appui de sa candidature, porte sur le diagnostic de la malformation utérine pendant l'accouchement.

L'anomalie utérine, utérus bilobé, rapportée par M. Secheyron, a été diagnostiquée d'après les données du palper, et grâce à la présence d'une bride vaginale.

Le diagnostic fut confirmé par le toucher intra-utérin, aussitôt après la délivrance.

Parmi les signes diagnostiques passés en revue par l'auteur, je signalerai, en particulier, celui tiré de la hauteur relative des deux ovaires. Ce signe est d'autant plus appréciable, que la malformation, utérus bilobé, est plus profonde : les deux cornes utérines n'ayant pas subi le même degré d'hypertrophie, l'ovaire de l'une est plus bas que celui de la corne gravide.

La valeur de la présence de la bride vaginale, dans un cas de soupçon d'anomalie utérine, a été également bien mise en relief, ainsi que son influence sur le travail. Cette bride est une barrière à la progression de la tête, ou de la partie fœtale qui se présente : sa rupture devient une indication formelle. Elle s'opère du reste sans inconvénient.

L'ensemble des cas recueillis par l'auteur est des plus favorables à cette manière d'agir ; plusieurs fois l'accoucheur a ainsi sauvé la vie des enfants, et mis la mère à l'abri d'accouchements très laborieux, ou même d'accidents plus graves, tels qu'une rupture de l'utérus.

Ce travail intéressant recommande M. Secheyron à vos suffrages, et j'appuie sa candidature auprès de vous.

Vote.— Membres correspondants nationaux : MM. Sabail, 15 voix ; Secheyron, 17 voix.

Membres correspondants étrangers : MM. Misrachi, 15 voix ; Rouvier, 15 voix.

Salpingite tuberculeuse, par le D^r TERRILLON. — L'étude de la tuberculose dans les organes génitaux internes de la femme, trompe et ovaire, est encore incomplète, et le diagnostic de ces lésions sur le vivant, est ordinairement difficile et obscur. Aussi j'ai cru utile de faire connaître quelques réflexions que m'ont suggéré les opérations que j'ai pratiquées, pour extirper des organes atteints de tuberculose.

Je n'ai pas l'intention de faire ici l'histoire complète de cette affection, ni de donner en détail mes observations, je me contenterai de simples aperçus, que je crois essentiels, et qui porteront sur : l'*anatomie pathologique* constatée pendant l'opération ; les *symptômes spéciaux* à cette forme d'inflammation des annexes de l'utérus ; le *diagnostic* ; enfin sur le *traitement chirurgical*.

Anatomie pathologique. — Un premier fait qui m'a frappé dans le cours de ces opérations, c'est que la fonte caséuse et la formation de l'abcès tuberculeux dans ces organes, présentent des différences considérables, suivant les cas.

Dans trois de mes observations, j'ai trouvé un abcès assez gros de l'ovaire, abcès caséux, avec parois garnies de tubercules. Ce fait est important à noter, car on a dit à l'étranger et en France, que la lésion tuberculeuse de l'ovaire était rare, et même exceptionnelle. Cela est peut-être vrai ; cependant, il faudra faire une réserve sur ce point, car je l'ai trouvée trois fois sur six opérations.

Une autre particularité intéressante, et qui m'a beaucoup frappé, c'est que dans deux cas, j'ai trouvé la trompe volumineuse, tortueuse, dilatée et remplie, non pas d'un liquide caséux ou purulent, mais d'un liquide verdâtre, à peine louche, en tout cas, nullement puriforme. Cependant, la paroi de la trompe un peu épaissie, était dans ces cas infiltrée de tubercules. Cet épanchement spécial dans une trompe oblitérée, peut exister dans toute l'étendue de la trompe distendue, et simulant l'aspect d'une saucisse ; ou bien elle ne se trouve que dans un point, formant là une cavité kystique limitée. Cette dernière disposition est due à ce que cette partie de la trompe a seule subi la dilatation kystique. Un fait analogue est signalé par M. le

D^r Cornil, dans ses leçons sur *l'Anatomie pathologique des salpingites*, 1889.

Je rappellerai aussi, et nous retrouverons ce caractère à propos de l'ablation des parties malades, et des difficultés que celle-ci présente, que, autour des organes malades, se produit un travail d'organisation spécial. Le tissu nouveau, induré, qui les entoure et les unit aux parties voisines, devient épais, dur, fibreux, et tellement résistant, qu'on ne peut le détruire qu'avec la plus grande difficulté.

Quand on veut enlever ces parties malades adhérentes au bassin, on ne peut y parvenir qu'en déchirant ce tissu, et souvent en empiétant sur les enveloppes des trompes et des ovaires. Aussi, peut-on difficilement enlever les abcès tuberculeux de ces organes, sans les rompre avant l'ablation totale.

Il y a là un caractère assez différent de celui qu'on rencontre dans les autres salpingites, où la décortication et la séparation des parties malades avec les parois du bassin est ordinairement facile, le tissu inflammatoire qui unit toutes ces parties étant peu épais et peu induré. Il peut même arriver que ce tissu soit tellement résistant, qu'on ne puisse enlever les organes tuberculeux, et qu'on soit obligé de les abandonner.

L'anatomie pathologique nous présente encore deux remarques intéressantes.

La tuberculisation peut n'occuper qu'un seul côté, trompe et ovaire, ensemble ou séparément, l'autre côté étant intact.

J'ai opéré une malade chez laquelle la trompe et l'ovaire du côté droit étaient atteints de tuberculose abcédée ; l'autre côté (le côté gauche) était intact et sans aucune altération véritable.

La seconde remarque a également une certaine importance. Chez une de nos malades, la trompe droite était transformée en abcès tuberculeux et caséux, l'ovaire étant atrophié et ne présentant qu'un petit foyer tuberculeux. Du côté gauche, au contraire, nous avons trouvé une salpingite inflammatoire, simple, avec épaissement considérable des parois de la trompe. Mais la lumière de ce canal était diminuée, et ne contenait aucun liquide. Malgré nos recherches, nous n'avons pu trouver aucune trace de tuberculose, ni dans la paroi de cette trompe enflammée,

ni dans l'ovaire correspondant, ce dernier lui était uni par des fausses membranes abondantes et anciennes.

Ces deux faits sont importants à signaler, car ils prouvent que la salpingite tuberculeuse peut être unilatérale. Cette unilatéralité existe souvent pour les organes génitaux de l'homme, épидидyme et testicule, au moins pendant une certaine période. Or, nous savons, d'après le dire de la plupart des chirurgiens, que la salpingite ordinaire, inflammatoire simple, ou blennorrhagique, est toujours double. Les lésions varient d'intensité ou d'abondance d'un côté à l'autre, mais les deux côtés sont toujours atteints.

Cette absence de *bilatéralité* de la lésion tuberculeuse, mérite d'être signalée, car elle pourra peut-être servir à établir dans quelques cas la nature tuberculeuse de la lésion, quand on aura constaté qu'un seul côté est atteint par la maladie. Nous retrouverons ces faits à propos du diagnostic.

Symptômes. — Les symptômes de la tuberculisation des trompes et des ovaires ne diffèrent pas de ceux provoqués par la salpingo-ovarite simple et ordinaire. C'est là une vérité qui doit être admise jusqu'à présent, et qui rend le diagnostic très difficile.

Cependant, en analysant mes observations, en examinant ce qui a été écrit sur ce sujet, et surtout en se reportant à la thèse inaugurale de M. Brouardel, nous trouvons une physionomie spéciale, une allure particulière à cette affection. Tous les auteurs insistent sur la fréquence des poussées de douleur et de pelvi-péritonite. Leur répétition pendant plusieurs années, et à de courts intervalles, serait, pour ainsi dire, une caractéristique de la tuberculose. Je crois que, posé ainsi, ce principe est trop absolu ; cependant, dans les cas que j'ai observés, la fréquence des poussées inflammatoires du côté du péritoine, a été toujours notée.

On ne peut donc rien dire de catégorique en dehors de cette marche particulière des symptômes.

Il est cependant un signe physique qui doit avoir, d'après moi, une certaine importance, je veux parler de la dureté particulière des bosselures spéciales que l'on constate avec le doigt

placé dans le vagin, au niveau de la tumeur. Dans une de mes observations, cette série de bosselures, dures et résistantes, m'ont fait penser à la tuberculose.

En effet, dans les salpingites ordinaires, quand elles sont volumineuses, la consistance est moindre, et l'irrégularité de la surface moins appréciable. Je ne sais si ce signe se vérifiera dans tous les cas ; cependant, il correspond assez bien à ce que nous savons sur l'anatomie pathologique, et les épaissements périphériques propres à ce genre de salpingites.

Il faut joindre à ces symptômes un état général plus débilité, un amaigrissement plus notable, en un mot, un dépérissement plus grand de la malade, que ceux qu'on observe ordinairement dans le cours des salpingites ordinaires. Or, nous avons souvent l'occasion d'opérer des salpingites déjà anciennes, très douloureuses, et rendant la vie insupportable aux malades ; mais sans que celles-ci aient dépéri d'une façon notable, beaucoup ayant conservé leur embonpoint. Ici ce serait le contraire.

Ajoutons à ces signes, ceux qui peuvent être fournis par la présence de tuberculose dans d'autres organes, ancienne ou récente, soit du côté du poumon ou même du côté de l'utérus,

Diagnostic. — Le diagnostic, ainsi que je l'ai dit en commençant, a été rarement établi au début de la maladie. Plus tard il devient possible, mais présente encore de grandes difficultés. Chez deux malades, j'ai pu acquérir une certaine approximation dans le diagnostic, grâce à des phénomènes lointains, qui m'ont éclairé sur la nature probable de la maladie.

Une d'elles présentait, au sommet du poumon gauche, des signes non douteux de tuberculisation locale. Ce signe uni à un état général assez mauvais, et aussi à l'absence de causes bien déterminées pouvant expliquer l'apparition d'une salpingite, me mit sur la voie du diagnostic. Celui-ci fut vérifié pendant l'opération.

Une autre malade portait au cou des cicatrices abondantes d'abcès ganglionnaires, qui avaient suppuré pendant longtemps, vers l'âge de 15 ans.

Traitement chirurgical. — L'impuissance du traitement médical sur la tuberculose des organes génitaux internes de la

femme, nous conduit à examiner si le traitement chirurgical ne doit pas être exclusivement employé en pareil cas. L'ablation des parties malades par la laparotomie, doit être discutée à plusieurs points de vue, qui comprennent : l'indication générale de l'opération ; les bénéfices que la malade peut en retirer au point de vue local ; enfin, les avantages qu'elle doit y trouver au point de vue général.

Il est certain qu'une lésion tuberculeuse des trompes et des ovaires, surtout quand elle a commencé à donner des poussées inflammatoires du côté du péritoine, est soumise aux mêmes lois que les autres tuberculoses locales. Celles-ci sont toujours traitées chirurgicalement, quand la région le permet, et surtout quand on peut enlever le mal dans sa totalité. C'est là une règle sur laquelle tous les chirurgiens modernes sont d'accord. Non seulement cette ablation radicale permet de débarrasser la malade d'une source de douleurs et d'accidents variés, mais elle a aussi l'avantage d'empêcher une propagation à distance de ce foyer tuberculeux.

La tuberculose de la trompe et de l'ovaire rentre donc dans la loi normale, puisque, grâce à la laparotomie, actuellement presque inoffensive, on peut enlever entièrement les parties malades.

Nous pourrions comparer les indications de l'opération à celles de la tuberculose du testicule et de l'épididyme. Or nous savons que l'ablation d'un foyer tuberculeux déjà avancé de ces organes, à condition que les autres parties de l'appareil génito-urinaire soient intacts, donne des résultats heureux, non seulement au point de vue local, mais aussi améliore l'état général. J'en possède pour mon compte plusieurs exemples très nets.

J'ajouterai même que l'ablation des organes internes de la femme atteinte de tuberculose, s'impose encore plus impérieusement que celle du testicule. En effet, cette tuberculisation intrapéritonéale donne des accidents autrement graves et autrement douloureux du côté du péritoine, que ceux qui sont provoqués par les lésions du testicule, du côté du scrotum ou de la tunique vaginale.

Quand l'ovaire ou la trompe ont subi la suppuration caséuse,

cette poche purulente est autrement dangereuse que l'abcès tuberculeux du testicule, qui s'ouvre facilement au dehors, et ne donne qu'une fistule peu dangereuse par elle-même. La fistule vaginale, rectale ou abdominale, provenant d'un abcès tuberculeux des annexes de l'utérus, est autrement grave, et d'une durée autrement longue pour celle qui en est atteinte. En résumé, toutes les considérations portant sur la nature, la marche et les dangers de la maladie, aussi bien que sur le traitement chirurgical actuellement assez bénin, militent en faveur de l'ablation des annexes de l'utérus atteints de tuberculose.

J'ajouterais même qu'il serait préférable de les enlever de bonne heure, aussitôt que la maladie est reconnue, et qu'elle a commencé à donner lieu à ces accidents péritonéaux si graves, et qui ont un retentissement si considérable sur la santé des malades. Malheureusement, le diagnostic au début est difficile dans la plupart des cas.

Il est vrai que, chez les malades où la lésion est volumineuse, douloureuse, et a déjà donné lieu à quelques accidents du côté du péritoine, on peut entreprendre l'opération sans avoir de notion bien définie sur la nature exacte des lésions. Dans cette dernière condition, on a rendu un double service à la malade, en la débarrassant d'une lésion tuberculeuse, c'est-à-dire inguérissable, et d'une maladie qui provoque des accidents graves et souvent mortels.

Dans un grand nombre de cas, l'extirpation totale doit être difficile, ainsi que je l'ai noté dans mes observations. La séparation des organes malades avec les parties voisines est pénible ; on est obligé, au lieu de séparer les adhérences, de sculpter pour ainsi dire en plein tissu induré. Aussi, quand il existe un abcès tuberculeux, il est assez difficile de ne pas perforer la poche, et d'empêcher la pénétration du pus dans la cavité péritonéale.

Cet accident m'est arrivé dans quatre opérations, et généralement il se produit vers la fin de la décortication, quand on cherche à séparer la tumeur et l'utérus, à laquelle elle est très intimement unie. Une perforation survenue dans ces circonstances a un grave inconvénient, qui est d'infecter le péritoine avec ce pus tuberculeux, et par conséquent de provoquer une péritonite purulente grave ; j'ajouterai, cependant, que dans un grand nombre

de cas, on peut éviter ces inconvénients, si on a soin d'enlever toutes les parcelles du pus épanché, et par conséquent de nettoyer à fond la cavité du bassin et la surface des anses intestinales.

J'ai perdu la première malade chez laquelle cette rupture s'est produite ; mais, depuis cet accident, trois autres ont été sauvées dans des conditions semblables, grâce à des précautions spéciales que je n'avais pas prises au début de mes opérations, mais que je prends maintenant avec beaucoup de sollicitude.

Voici en quoi consistent ces précautions particulières :

La première et la plus importante, est d'agrandir l'ouverture abdominale du côté de l'ombilic, de façon à manœuvrer facilement dans la cavité du bassin. On ne doit pas se contenter, pour enlever ces tumeurs adhérentes dans la profondeur du bassin, de l'incision étroite qui permet l'introduction de trois doigts, et qui suffit pour extraire les autres salpingites, encore petites et peu adhérentes.

Il est nécessaire d'agrandir la plaie du côté de l'ombilic.

Cette précaution étant prise, il faut, à mesure que la décortication commence, généralement vers la partie postérieure de la tumeur, glisser aussi profondément que possible des éponges munies d'une pince. Ces éponges, qu'on dispose entre la main qui pratique la décortication, et les intestins refoulés en arrière, ont pour but de protéger ces derniers du contact du pus, s'il y a rupture de la poche. Je crois que, en pratiquant cette protection avec soin, à mesure qu'on avance dans la décortication, on peut facilement éviter le contact nuisible du pus.

Mais cette manœuvre ne suffisant pas toujours, et ne laissant pas assez de liberté à la main qui opère, j'emploie souvent la main d'un aide. Celle-ci, introduite entre la main de l'opérateur et les éponges, soulève ces dernières en haut et en arrière, du côté de l'angle sacro-iliaque. La masse intestinale est ainsi soulevée et éloignée du champ opératoire. Cette manœuvre facilite beaucoup, après l'ablation des parties malades, le nettoyage du bassin. Cette cavité devient ainsi accessible aux éponges, et surtout à l'eau bouillie, qui est employée largement pour le lavage de cette cavité.

Un gros drain, qui plonge jusque dans le fond du bassin, derrière l'utérus, et ressort par l'angle inférieur de la plaie abdo-

minale, doit toujours être disposé avec les plus grandes précautions.

Il peut rester en place de 36 à 48 heures, suivant les cas, et donne toujours issue à une grande quantité de liquide pendant les premières heures.

Grâce à ces précautions, j'affirme qu'on peut enlever, sans grands dangers, bon nombre de salpingites tuberculeuses suppurées et volumineuses.

M. JOUIN. — Je demanderai à M. Terrillon, si les maris de ces malades présentaient de la tuberculose génitale, ou même simplement de la tuberculose pulmonaire.

Au point de vue du diagnostic de la nature tuberculeuse de la salpingite, je constate que, comme pour la métrite tuberculeuse, on en trouve surtout les éléments, et dans l'existence d'autres manifestations tuberculeuses chez le sujet, et dans un état d'épuisement beaucoup plus prononcé que dans les salpingites simples.

M. RICHELOT. — Sur un nombre assez considérable de malades, je n'ai observé qu'une salpingite tuberculeuse. Ma malade, opérée en mars dernier, a encore une fistule, l'opération a été assez laborieuse, à cause de l'épaisseur de la poche et des adhérences. Une ponction n'a rien donné; j'ai dû faire une incision, par laquelle est sortie une bouillie caséeuse. La poche adhérent aux anses intestinales, et profondément, je n'ai pas pu la souder à la plaie abdominale, je l'ai laissée dans la profondeur, après un pansement à l'iodoforme. La malade a guéri. La salpingite tuberculeuse présente les mêmes symptômes que la salpingite suppurée ordinaire. Si d'autres indications ne mettent sur la voie, il est très difficile d'établir le diagnostic. Quand on opère, si on laisse la poche, il est à craindre qu'elle ne reste fistuleuse, et alors le bénéfice est douteux.

M. JOUIN. — La malade présentait-elle de la tuberculose génitale ?

M. A. GUÉRIN. — La communication de M. Terrillon serait beaucoup plus intéressante, s'il nous avait dit à quelle époque remontent ses opérations, et comment se trouvent les malades.

M. TERRILLON. — Les opérations datent de 4 mois 1/2 et 23 mois ; les malades sont améliorés.

M. POLAILLON. — En somme, le diagnostic de la salpingite tuberculeuse, jusqu'à présent, est un diagnostic *a-posteriori*. En effet, les poussées périodiques existent dans les salpingites catarrhales ou suppurées ; les bosselures dues aux concrétions fibro-plastiques, dans la pelvi-péritonite ; l'unitéralité, dans certaines salpingites non tuberculeuses. Rien ne peut donc aider au diagnostic. L'état général cependant peut faire redouter une tuberculose du côté des organes génitaux, attirer l'attention sur ce point. Quant à l'opération, tout dépend de l'état général des malades.

Je le répète, je pense que, dans l'état actuel, le diagnostic est impossible.

M. TERRILLON. — Dès le début de ma communication, j'ai insisté sur ce point, que le diagnostic est difficile. Je ne le fais pas ferme. C'est en recueillant un grand nombre de cas, en les étudiant, en les analysant, qu'on pourra arriver à établir le diagnostic. C'est ce que je me propose de faire.

M. LOVIOT. — **Placenta prævia. Mort par anémie vraie.** — Le mardi 7 mai, à 5 heures 1/2 du matin, je recevais de mon ami le D^r X... une lettre me priant de venir voir une dame ; près de laquelle, il venait d'être appelé, et chez laquelle il avait reconnu une insertion vicieuse du placenta.

A 7 heures, j'étais au domicile de Mme R..., qui habite un des quartiers excentriques de Paris.

Mme R..., 35 ans, enceinte pour la huitième fois, avait toujours eu de bonnes grossesses et était toujours accouchée heureusement. Elle était à terme. Sa grossesse actuelle, en dehors des faits récents, n'avait présenté d'autre particularité, qu'une métrorrhagie peu abondante et de courte durée au 4^e mois.

Le samedi 4 mai, c'est-à-dire trois jours avant mon arrivée, elle perdit du sang, à plusieurs reprises, sans douleurs, sans cause occasionnelle appréciable, en assez grande quantité. Une

sage-femme, appelée, conseilla le repos qui fut incomplètement observé.

Les métrorrhagies se renouvelèrent la nuit suivante, la journée du dimanche, la nuit du dimanche au lundi, dans la journée du lundi. Le lundi soir une hémorrhagie très abondante eut lieu, pendant que Mme R... se levait pour prendre son vase.

La sage-femme, mandée, s'installa près d'elle définitivement, et passa avec elle la nuit du lundi au mardi.

Le sang ayant paru de nouveau, le mari de Mme R... jugea nécessaire la présence d'un médecin, et envoya chercher le Dr X... Mme R... ressentait depuis la veille des contractions utérines modérément douloureuses.

Le Dr X... pratiqua le toucher, trouva un orifice utérin notablement dilaté, et une masse placentaire occupant toute l'étendue de l'orifice.

Mme R... ne perdait plus, à proprement parler ; à peine un léger suintement sanguin au niveau des organes génitaux externes. L'état général de la parturiente était très mauvais.

Quand j'arrivai, je trouvai Mme R... dans l'état suivant : Facies entièrement décoloré, lèvres violacées, respiration courte et fréquente, téguments refroidis, pouls radial presque imperceptible, pas de sueurs, pas de nausées ni de vomissements. Mme R... répondait à peine à mes questions.

A la vulve, suintement sanguin. Pas d'hémorrhagie interne. Utérus assez souple, dans l'intervalle de contractions rares et peu intenses.

Par le palper, je reconnus facilement un siège en S I G. Le ballottement céphalique et le sillon de la nuque étaient nettement perçus au fond, et à droite de l'utérus. On ne constatait aucun battement fœtal.

Le toucher m'ayant permis de confirmer le diagnostic de mon confrère, — orifice à bords minces, souple, non entièrement dilaté, mais paraissant très dilatable, et dans son aire, la face utérine du placenta qui l'occupait en totalité ; après avoir fait faire quelques injections d'éther, réchauffé la parturiente et lui avoir fait boire quelques gorgées d'un grog fort, je la mis en situation obstétricale, avec toutes les précautions que comportait son état.

Bien que le placenta recouvrit entièrement l'orifice utérin, je pus insinuer ma main entre l'arrière-faix et la paroi utérine, atteindre ainsi les membranes, les perforer, et pénétrant dans l'œuf, il me fut facile d'aller saisir un pied, et de l'amener au dehors.

Puis, après avoir posé un lacs sur le pied, j'attendis. J'avais fait le nécessaire pour prévenir une nouvelle hémorrhagie, qui eût emporté la femme. J'avais rompu les membranes et abaissé un pied. Rien ne pressait plus, mais ils survint alors des contractions utérines assez énergiques et, je n'eus que de légères tractions à faire pendant ces contractions, pour favoriser l'expulsion du fœtus. Je dois dire que le passage de la tête présentant quelques difficultés, j'appliquai le forceps, et pus extraire la tête avec la plus grande facilité. Enfant mort, bien entendu. Mme R... n'avait pas perdu de sang pendant ces manœuvres.

Introduisant aussitôt une main dans la cavité utérine, tandis que l'autre main en maintenait le fond, je constatai que la matrice était molle, flasque, inerte comme un chiffon. Je la massai avec ma main extérieure, tandis que ma main intérieure l'excitait par son contact, et dès qu'elle commença à se contracter et à se rétracter un peu, j'achevai le décollement du placenta, qui flottait en grande partie dans la cavité de l'organe. Ma main retirée, je comprimai immédiatement, et fis comprimer ensuite sans désemparer l'aorte, par crainte d'hémorrhagie.

Je fis une injection chaude intra-utérine, et tandis que l'on comprimait toujours l'aorte, je malaxais l'utérus à travers la paroi abdominale.

On renouvela pendant tout ce temps les grogs, les injections d'éther, les linges chauds, la tête de la malade étant maintenue très basse.

Mme R... ne perdait pas de sang ; j'avais envoyé chercher de l'oxygène, mais quand il arriva, Mme R... n'avait plus la force de l'utiliser.

Vingt minutes après, c'est-à-dire 40 minutes environ après la terminaison de l'accouchement, et sans avoir perdu de sang depuis mon arrivée, elle expirait.

Elle a donc succombé à une anémie post-hémorrhagique, à une anémie vraie.

Je n'étais pas outillé pour la transfusion. Sur cette question de la transfusion en pareil cas, je serais heureux d'avoir l'avis de la Société.

M. GUÉNIOT. — Je crois que la conduite de M. Loviot a été parfaite, on ne pourrait mieux faire. Ce qui m'étonne, c'est que l'accouchement ait été exsangue. La femme avait dû perdre beaucoup de sang pour arriver à cet état d'anémie. Dans ces cas, je suis peu partisan de la transfusion ; je préfère pratiquer la compression sur les membres inférieurs, et élever les membres supérieurs, il faut gagner du temps ; éviter les troubles circulatoires qui provoquent les syncopes ; les injections d'éther ont leur utilité. L'important, c'est de fournir aux organes internes une quantité de sang suffisante : la méthode que j'indique amène ce résultat, — le repos absolu de la femme doit être observé.

M. PAJOT. — Je me rappelle avoir été appelé à Boulogne, auprès d'une femme qui accouchait pour la 3^e fois. Une sage-femme l'assistait. Quand j'arrivai, je trouvai une masse de sang de 1 mètre carré ; matelas, traversin, étaient imbibés de sang, — la femme avait des syncopes à chaque instant ; l'écoulement sanguin était heureusement arrêté. La femme étant étendue à plat, je mis sa tête sur mon bras, et je lui fis avaler de l'eau-de-vie par cuillerée : à chaque menace de syncope, une cuillerée d'eau-de-vie. Au bout de 4 heures elle revint ; pendant trois jours, on ne la toucha pas. Ne pas remuer la malade, c'est capital.

M. CHARPENTIER. — J'ai eu l'occasion de voir un cas dans lequel la femme a accouché sans effusion de sang. Il s'agissait d'une femme à sa 3^e grossesse ; la veille du début du travail, hémorragie formidable ; le médecin appelé avait trouvé le délivre centre pour centre. La dilatation se faisant rapidement, le placenta se détacha complètement, et la perte s'arrêta : l'enfant se présentait par l'épaule ; je fis la version ; et débarrassai la femme sans difficulté. Je suis certain que la malade a dû son salut au décollement prématuré et complet du placenta. Elle ne perdit pas deux cuillerées de sang pendant la manœuvre. — Les membranes ne sortirent qu'après l'enfant.

M. PORAK. — J'ai vu un certain nombre d'insertions vicieuses, et j'ai observé à la suite de cela des anémies chroniques

assez graves. J'ai pratiqué la transfusion chez une femme ; l'anémie a persisté. Toutefois, une amélioration s'est produite quelques jours après la transfusion. Je me disposais à la pratiquer une 2^e fois, quand la malade fut enlevée subitement, — tout mouvement doit être interdit aux malades dans les cas d'anémie grave, les accidents sont à redouter longtemps après.

M. GUÉNIOT. — J'ai vu des cas analogues à celui de M. Charpentier. Ce qui est étonnant, c'est que l'insertion placentaire ne donne pas de sang. Je me rappelle avoir été appelé auprès d'une femme aux Batignolles ; après avoir arrêté le sang et administré des stimulants, je fis élever les jambes et les bras, et les maintins dans cette situation, la femme se rétablit assez bien. Le lendemain, le déplacement de la malade amena une syncope mortelle.

M. PORAK. — Chez ma malade, la mort survint un mois après. Le sang injecté par transfusion ne reste pas en nature, ce n'est qu'un excitant des glandes hématopoiétiques, un tonique. La manœuvre de M. Guéniot me semble préférable.

Continuation de la discussion sur l'anesthésie obstétricale. — M. PAJOT : Après la lettre de M. Bailly, dont M. le président a donné connaissance au début de la séance, je n'ai rien à dire, je ne peux pas discuter avec un absent. Au surplus, ma réfutation se trouve tout au long dans le Bulletin de thérapeutique de M. Dujardin-Beaumetz ; je n'ai rien à y ajouter. Je dirai, cependant, qu'autrefois M. Bailly se servait, pour administrer le chloroforme d'un masque à lunettes. Aujourd'hui il a supprimé les lunettes. Voilà le seul progrès. M. Bailly administre le chloroforme seul, sans aide. Or il peut quelquefois arriver jusqu'à l'anesthésie vraie, et cela devient dangereux. Un défaut de surveillance, quand on administre le chloroforme étant seul, peut entraîner la mort de la femme. Je ne l'exposerai jamais à pareil danger.

Je ne donne jamais le chloroforme que dans les cas où il y a indication formelle. Je me rapproche de la manière de voir de M. Charpentier, qui donne le chloroforme dans les accou-

chements spontanés qu'il appelle naturels, quand il y a indication.

A ce propos, j'insisterai, avec Paul Dubois, sur une distinction capitale ; on confond trop souvent l'accouchement *spontané* avec l'accouchement *naturel*. — Voici une femme prise d'hémorragie grave qui accouche sans intervention, est-ce un accouchement naturel ? — en voici d'autres, prises d'éclampsie, de délire, etc., elles accouchent ; est-ce naturel ? — Paul Dubois avait vu l'évolution spontanée se produire sous ses yeux ; est-ce naturel ?

Dans certains accouchements, qui seront *spontanés*, on peut donc administrer le chloroforme quand il y a une indication, mais avec toutes les précautions connues. Voici les conclusions de mon travail.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 14 novembre 1889.

Présidence de M. le Dr POLAILLON.

SOMMAIRE. — Procès-verbal de la dernière séance. — *Correspondance manuscrite* : Lettres de remerciement de MM. Paul Petit, Sabail et Secheyron élus dans la dernière séance. — Une lettre de M. le professeur Rouvier, de Beyrouth, qui demande à ce que sa nomination de correspondant étranger soit changée pour le titre de correspondant national, attendu qu'il est français et professeur à l'Ecole de médecine française de Beyrouth. (*Adopté.*) — Lettres de MM. Bar, Bonnaire, Budin, Maygrier, demandant, à titre d'accoucheurs des hôpitaux, à être élus membres titulaires de la Société. — Lettre de candidature au titre de correspondant national, par M. le Dr Cordès, de Genève. — *Correspondance imprimée* : Fragments de gynécologie opératoire contemporaine, par le Dr Brissay, de Rio de Janeiro. — Statistique des fistules vésico-utérines. — Spondylolithésie par le Dr Neugebauer, de Varsovie. — Curage de l'utérus, par Mlle Finkelstein. — Etiologie et traitement des vomissements incoercibles, par le Dr Guéniot. — Série d'ouvrages et de thèses à l'appui de leur candidature, par les Drs Bar, Bonnaire, Maygrier. — Un utéro-sédatif, Dr Cordès. — *Annales de Gynécologie*, 4 numéros. — *Gazette Gynécologique*, 15 numéros. — *Annales d'Orthopédie*, 7 numéros. — *London obstetrical Transactions* 1889, 2^e et 3^e fascicules. — *Journal d'Electrothérapie*, 4 numéros. — *Journal d'Hygiène thérapeutique*, 3 numéros. — *Présentations d'Ouvrages* : M. le Dr Polailлон présente un mémoire de M. le Dr Dumont sur la laparo-hystéropexie. — 2^o Deux mémoires sur la céphalotripsie sans broiement, et le cranioclaste, avec analyse et lettre de M. le Dr Narich, de Smyrne, posant sa candidature au titre de membre correspondant étranger. — *Ordre du Jour* : M. le Dr Loviot : Tumeur stercorale du petit bassin. — M. le Dr GUÉNIOT : Excision des gros polypes, particulièrement des polypes géants de l'utérus. — *Présentation de pièces* : M. le Dr POLAILLON : Enorme fibrome de l'utérus enlevé par l'hystérectomie abdominale. — M. le Dr VERRIER : Cotylédon supplémentaire d'un placenta qui n'était pas en connexion avec le placenta ordinaire.

Candidatures de MM. Bar, Bonnaire, Budin, Maygrier. — M. le secrétaire général rappelle, que la Société a décidé d'admettre sans exiger d'eux des travaux nouveaux, parmi les membres de la Société des accoucheurs des hôpitaux qui, dans le délai de 4 mois, du mois de novembre à la fin de février, en feront la demande. MM. Bar, Bonnaire, Budin, Maygrier, ayant rempli

cette condition; sont nommés à l'unanimité membres titulaires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris.

Tumeur stercorale du petit bassin chez la femme,
par F. LOVIOT.—J'ai l'honneur de soumettre à la Société obstétricale un fait de tumeur stercorale du petit bassin chez la femme.

Il s'agit d'un corps étranger stercoral formant tumeur, d'une sorte de coprolithe.

Observation personnelle. Corps étranger stercoral du rectum (tumeur stercorale). — Madame X..., 32 ans, dont j'ai fait la connaissance il y a 9 ans, à l'occasion d'une délivrance difficile, s'est présentée à mon examen il y a quelques semaines, pour une constipation opiniâtre, des douleurs de reins et des membres inférieurs, sensation de pesanteur dans le petit bassin et d'une boule (sic) qui pressait sur le périnée pendant les efforts de défécation, avec faiblesse, anémie, et tendance à l'hypochondrie.

Cette dame, unipare, est accouchée à terme il y a 9 ans. L'expulsion du fœtus ne présenta rien de particulier. Mais le confrère qui l'assistait ayant voulu intervenir pour la délivrance avant que le placenta fût décollé, bien qu'il n'y eût aucune indication, particulièrement pas d'hémorrhagie, ne ramena — après introduction de la main dans la cavité utérine, les tractions sur le cordon ayant été infructueuses — qu'une portion du placenta, 1/3 environ.

Quand j'arrivai, Mme X..., malgré ces manœuvres, ne perdait pas de sang, et la portion de placenta retenue étant parfaitement adhérente, j'attendis en surveillant, et le fragment de placenta retenu se détacha spontanément et tomba dans le vagin, où je n'eus qu'à le cueillir *douze heures plus tard*. Je n'avais pas abandonné la malade un seul instant, pour pouvoir intervenir immédiatement en cas d'accident.

Elle a été réglée pour la première fois à l'âge de 12 ans; mais la périodicité mensuelle ne s'est établie que vers l'âge de 23 ou 24 ans; auparavant les règles ne revenaient que toutes les 6 semaines, tous les deux mois.

Comme antécédents pathologiques, je relève une fièvre typhoïde à l'âge de 15 ans, la variole à 20 ans (Mme X... a été vaccinée une fois étant tout enfant).

Toujours constipée, surtout depuis 9 ans, elle a fait un usage excessif de lavements, de tamar indien et de poudre de Vichy. Elle a dépensé environ 250 francs de poudre de Vichy en 5 ans; un flacon par semaine à raison de 2 fr. 50 le flacon. Sur quels conseils, je l'ignore. Quant à la magnésie, qui est signalée par Dunlap comme ayant favorisé la production des corps étrangers stercoraux, elle n'en a pris qu'une petite quantité, 2 flacons en tout.

Ayant un emploi important chez une grande couturière — depuis de longues années — elle diffère toute la journée de se présenter à la garde-robe, pour ne pas interrompre ses occupations, entretenant ainsi la constipation dont elle souffre.

C'est là un fait qu'elle signale elle-même, et dont la valeur étiologique ne saurait être méconnue.

Madame X. est très fatiguée, très pâle, la station debout lui est pénible; elle a, dit-elle, des jambes de coton, tremblotantes. Par moment, elle a la sensation de la boule hystérique, l'appétit est très diminué, étouffements après les repas. La défécation est pénible, s'accompagnant d'efforts « comme pour accoucher », selon sa propre expression, avec la sensation d'une boule qui presse sur le périnée et ne peut pas sortir; les selles sont tantôt dures, tantôt liquides, quelquefois glaireuses.

Pas de troubles de la miction. L'examen de l'urine n'a rien révélé d'anormal.

Le *toucher vaginal* nous fait reconnaître dans l'excavation, à la partie moyenne environ, une tumeur arrondie, régulière, ferme, très peu dépressible, et du volume d'une orange de petite grosseur. Par le toucher vaginal combiné au palper abdominal, nous pouvons établir que cette tumeur est distincte de l'utérus, dont elle est séparée par un sillon profond. L'utérus est déplacé en haut et un peu antéfléchi.

Il ne s'agit donc ni d'un corps fibreux, ni d'une déviation en arrière du corps de l'utérus.

Pour des raisons bien connues, qu'il est inutile de reproduire, nous pouvons également éliminer d'autres tumeurs que l'on rencontre dans l'excavation: hématocèle; kystes de l'ovaire ou du parovarium; grossesse extra-utérine; déformations rachitiques ou autres du sacrum; tumeurs développées aux dépens des os, des articulations, du tissu cellulaire du petit bassin; tumeurs nées sur place, ou prolongeant des tumeurs plus éloignées.

Le *toucher rectal* nous permet d'arriver avec beaucoup de

difficultés sur la tumeur, qu'atteint seulement l'extrémité de l'index, bien qu'un doigt vaginal s'efforce de la fixer et de l'abaisser. Néanmoins, cette première recherche est suffisante pour nous permettre d'établir qu'il s'agit d'une tumeur développée non dans les parois ou en dehors du rectum, mais dans sa cavité, et que cette tumeur est de nature stercorale, au moins en grande partie.

Rendez-vous est pris avec Mme X... chez elle le lendemain matin pour l'intervention, car elle avait usé et abusé de lavements huileux, mucilagineux et autres, de purgatifs variés, le tout sans le moindre succès.

Avant mon arrivée, Mme X... avait pris un lavement avec une longue canule flexible. Quand je pratiquai le toucher vaginal, je ne trouvai plus la tumeur, qui était remontée, comme cela paraissait arriver à certains moments, au dire de Mme X... Elle n'était pas non plus accessible au palper abdominal.

Je n'insistai pas et revins le lendemain, ayant recommandé de ne point prendre de lavement avant mon examen.

Je retrouvai alors la tumeur au siège et avec les caractères que j'avais reconnus l'avant-veille.

Le doigt rectal atteignait la tumeur un peu plus aisément que la première fois, et (à travers un diaphragme de la muqueuse) il arrivait sur elle, la déprimait un peu, et put y pénétrer assez, pour ramener sous l'ongle une preuve irréfragable de sa nature stercorale.

Séance tenante, je me mis en devoir, faisant prendre successivement à Mme X. l'attitude obstétricale, génu-pectorale, l'invitant à pousser comme pour aller à la selle, de fragmenter et d'extraire par morceaux la tumeur, à l'aide de l'index introduit dans le rectum.

Je ne ramenai ainsi que très peu de chose. Une longue pince conduite sur mon doigt ne me donna pas un meilleur résultat. Je pus me convaincre bientôt, que le principal obstacle à la réussite était la non-fixation de la tumeur, qui ne m'offrait pas un point d'appui suffisant, et qui tendait sans cesse à remonter par la pression de mon doigt.

La double nécessité de *fixer* et d'*abaisser* la tumeur s'imposa donc à mon esprit.

Dans ce but, j'introduisis deux doigts dans le vagin, mais ils ne pouvaient pas se recourber en crochet au-dessus de la tu-

meur trop haut placée, et je n'obtins rien de bien satisfaisant par ce procédé.

J'eus aussitôt la pensée d'introduire quatre doigts, et s'il le fallait, la main tout entière dans le vagin, pour abaisser et fixer sérieusement la tumeur; mais cette pratique nécessitant l'emploi du chloroforme, je remis au lendemain l'emploi de ce procédé.

Le lendemain matin, Mme X. étant à jeun, je vins, assisté d'un confrère, le D^r Bonnel, et nous administrâmes le chloroforme jusqu'à résolution complète.

J'introduisis alors quatre doigts de la main droite dans le vagin, avec la plus grande facilité (Mme X. a eu un enfant), la patiente étant placée dans le décubitus latéral gauche, le membre inférieur gauche étendu et le droit fléchi.

J'atteignis ainsi la tumeur, je la dépassai par en haut, l'accrochai, et la fis descendre avec la plus grande facilité.

Le périnée bombait et la tumeur laissait voir son extrémité la plus déclive à travers l'orifice anal distendu. Abaissement et fixation étant ainsi obtenus, je pus imprimer par la voie vaginale quelques petits mouvements à la tumeur, pour paralléliser son grand axe avec celui du rectum, la tumeur étant plutôt ovale que ronde, et opérer à ciel ouvert, à l'aide d'une curette mousse, le morcellement de la tumeur que je poussais par le vagin. Je poussais lentement et doucement pour éviter la déchirure du sphincter anal.

Bientôt la tumeur s'engagea de plus en plus, et franchit complètement les sphincters.

Cet étrange accouchement était terminé.

La tumeur, du volume d'une petite orange, en tenant compte des fragments, était dure, ne se laissant que difficilement entamer par la curette, ovalaire, couleur sépia, avec un pointillé un peu jaunâtre. Elle paraissait constituée par des matières fécales anciennes, séchées, tassées, durcies et infiltrées de sels.

A la section, on traversait d'abord une couche de 2 cent. environ d'épaisseur, et on arrivait sur une masse centrale, du volume d'une grosse bille, plus résistante, dont la section nécessitait une plus forte pression, et qui paraissait constituée, surtout à la partie centrale, par une masse calcaire, blanchâtre, rappelant le sel de Vichy.

L'idée ne nous vint pas de la faire brûler dans un foyer.

Depuis cette intervention, Mme X., qui n'en avait eu aucune

conscience, par le fait du chloroforme, a vu disparaître la plupart des troubles signalés plus haut. Nous lui avons soigneusement recommandé de ne plus faire usage de sels ou de purgatifs salins, et de les remplacer avec modération par des agents végétaux, huile de ricin et rhubarbe. En outre, nous avons insisté pour qu'elle modifiât son hygiène, qu'elle se présentât à la selle régulièrement, à heure fixe, qu'elle ne résistât plus au besoin d'aller à la garde-robe, et qu'elle prît une alimentation laissant peu de résidus. Enfin, nous lui avons conseillé l'hydrothérapie.

L'étude des coprolithes chez la femme nous paraît devoir être l'objet d'un chapitre spécial. Une tentative vient d'être faite en ce sens par M. Letenneur : « Des tumeurs stercorales en obstétrique. Thèse de Paris 1889 ». Nous sommes heureux d'apporter notre contribution, principalement en ce qui concerne le traitement : anesthésie, introduction de plusieurs doigts ou de la main tout entière dans le vagin, pour abaisser et fixer la tumeur.

Les tumeurs stercorales du petit bassin, que nous avons seules en vue sont, en effet, plus fréquentes chez la femme que chez l'homme, elles donnent lieu à de nombreuses erreurs de diagnostic, elles font croire à une déviation utérine (rétroversion) ; à une tumeur utérine, à l'une quelconque des tumeurs rétro-utérines que l'on peut rencontrer dans la région, à un vice de conformation du bassin, etc., elles peuvent apporter à l'accouchement un obstacle plus ou moins sérieux, etc.

L'exploration vaginale s'impose chaque fois que l'on soupçonnera une tumeur stercorale, l'exploration rectale seule étant insuffisante. Au besoin, on pourra les combiner. Cette exploration physique est d'autant plus nécessaire, que bien souvent les femmes ayant une tumeur stercorale ou une accumulation de fèces durcies, présentent une diarrhée symptomatique, qui détourne l'attention de la raison initiale des troubles dont elles se plaignent, et que l'on attribue à tout, excepté à la cause véritable.

La tumeur reconnue, soit par le toucher rectal et le toucher vaginal isolément, soit simultanément (le doigt ou les doigts vaginaux abaissant et fixant la tumeur), la voie vaginale pourra être extrêmement utile pour le traitement, dans les cas semblables au nôtre, où on a affaire à une tumeur arrondie, très dure, élevée, remontant sous la pression du doigt rectal, et ne pouvant fournir un point d'appui suffisant. En effet, en agissant par le

rectum seulement on a d'extrêmes difficultés. C'est long, douloureux pour la femme — on risque de blesser l'intestin, etc.

Si, au contraire, on a soin — comme nous l'avons fait, et conseillons de le faire dans des cas analogues — d'abaisser et de fixer la tumeur en introduisant plusieurs doigts ou la main tout entière dans le vagin — la femme étant préalablement endormie, si besoin est — tout est bien simplifié ; on voit apparaître la tumeur au niveau de l'anus, et l'on opère le plus simplement du monde le morcellement et l'extraction.

Or, si nous consultons les auteurs, ils ne nous disent rien de semblable. Les deux dictionnaires (Jaccoud et Dechambre) ne font même pas mention de l'exploration vaginale pour le diagnostic ; le mot de vagin n'est même pas écrit dans les articles qu'ils consacrent à la question qui nous occupe. Ils conseillent uniquement d'opérer par le rectum (doigts, cuiller, tenettes, incision du sphincter en arrière).

Follin et Duplay (1) dans leur traité ne parlent pas du toucher vaginal à propos du diagnostic ; ils conseillent, pour certains cas, de s'aider de l'anesthésie chloroformique pour explorer le rectum.

Lorsque la tumeur est difficilement accessible, ils sont d'avis qu'on dilate, qu'on incise le sphincter en arrière, et qu'on introduise au besoin la main entière dans le rectum après anesthésie.

Nous sommes persuadé que, chez la femme, la mise en pratique de la manœuvre que nous signalons dans notre observation évitera presque constamment une pareille extrémité (introduction de la main tout entière dans le rectum et même incision du sphincter).

Follin et Duplay, à propos des corps étrangers en général — et non plus des stercoraux — donnent le conseil, « lorsque la direction du corps étranger est telle, qu'il est enclavé dans le bassin », de placer un ou deux doigts dans le vagin ou dans le rectum, l'autre main sur les parois de l'abdomen, pour ramener le corps dans une bonne direction par des manœuvres combinées.

Il s'agit donc d'une version pour corps étrangers quelconques, et non d'un procédé d'extraction :

M. Peyrot (Manuel de Path. externe, t. III, p. 650 et s., article Corps étrangers) — ne parle que du toucher rectal à propos du diagnostic des tumeurs stercorales, et au sujet du trai-

(1) T. VI, pages 380 et suivantes.

tement, il dit qu'on pourra au besoin « avoir recours à l'anesthésie pour faciliter l'extraction après dilatation des sphincters ».

Le même auteur, seulement lorsqu'il traite des corps étrangers en général, p. 663, dit : « Chez la femme, on pourra s'aider de la version opérée par deux doigts introduits dans le vagin ».

M. Tillaux, dans les quelques lignes qu'il consacre à la question (Trait. de Chirurg. clinique, t. II, 2^e fascicule, page 618), dit simplement, que si l'on n'a pas pu vider le rectum à l'aide « de purgatifs, de lavements répétés, il faut en arriver aux moyens directs ».

Nous avons été plus heureux en consultant les Leçons cliniques de M. Péan (1). Voici l'observation que nous y avons recueillie :

Observ. D C C V. — « Cette observation relate une singulière erreur. — Un volumineux bol fécal pris pour une tumeur, qu'un confrère de province nous envoie pour opérer. »

« La diagnose put être établie, et avec le doigt nous enlevâmes les matières. La malade fut immédiatement soulagée.

Détails : *Cette boule est sentie par le vagin*, mais les efforts de défécation combinés à la *pression antéro-postérieure exercée du côté du vagin* n'arrivent pas à la faire sortir. Pour en déterminer la nature, nous la faisons avec l'index de la main gauche introduit dans le vagin.

« En même temps, l'index de la main droite pénètre avec une certaine difficulté dans l'intérieur de la tumeur.

« Cette exploration permet de morceler la tumeur, et d'en extirper la plus grande partie.

« Nous avions affaire à un amas de matières fécales durcies, desséchées au centre et comme pierreuses.

« Nous pouvons les extraire avec l'index *en maintenant d'ailleurs la tumeur par le toucher vaginal ; mais cette opération est assez difficile, et ne dure pas moins d'une demi-heure.* »

M. Péan s'applique à fixer la tumeur par le vagin, tant pour le diagnostic que pour le traitement.

Mais il n'introduit que l'index, d'où la difficulté qu'il éprouve pour pratiquer l'extraction.

S'il avait introduit plusieurs doigts (quatre doigts dans notre cas, et au besoin toute la main) après anesthésie, s'il y avait eu lieu, il aurait pu passer au-dessus de la tumeur, *la bien fixer, l'abaisser*, et son opération, de difficile et de longue, serait devenue facile et rapide.

(1) Leçons cliniques chirurgicales de l'hôpital Saint-Louis, Péan (1881-82), p. 874.

Néanmoins, cette intervention de M. Péan marque un progrès que nous sommes heureux de consigner. Bien que nous n'eussions pas connaissance de son fait au moment de notre intervention, nous avons été guidé par la même pensée, en allant un peu plus loin, voilà tout.

En résumé, nous pensons : Que l'étude des tumeurs stercorales du petit bassin chez la femme doit constituer un chapitre à part ;

Que la voie vaginale ne doit pas être négligée, tant pour le diagnostic que pour le traitement ;

Que la manœuvre qui consiste à abaisser et à fixer la tumeur stercorale par le vagin simplifiera singulièrement l'intervention et dispensera presque toujours de la dilatation forcée des sphincters, de leur section, et d'une manœuvre extrêmement brutale, l'introduction de la main dans le rectum ; Que l'introduction de plusieurs doigts, deux, quatre, de la main tout entière dans le vagin, rendra les plus grands services ; que le chloroforme trouvera là une utile indication.

Discussion. — M. A. GUÉRIN. J'ai rencontré quelques cas intéressants de matières fécales constituant un obstacle invincible au bon fonctionnement de l'intestin. Je crois avoir publié la plus curieuse de ces observations, mais comme je ne l'ai vu reproduite nulle part, je vous demande la permission de vous la faire connaître en quelques mots : Je fus appelé, il y a plusieurs années, faubourg du Temple, par un ancien interne des hôpitaux près d'une malade qui présentait, avec une diarrhée abondante, une tumeur qui avait fort intrigué mon confrère et l'avait fait penser à un corps fibreux. Le toucher faisait reconnaître l'utérus en avant et une tumeur volumineuse qui semblait indépendante ; le palper de l'abdomen était très douloureux et par suite fort difficile. J'eus alors recours au toucher rectal et je fus aussitôt éclairé ; j'arrivai sur une boule du volume d'une tête d'enfant à terme, et d'une consistance pierreuse ; je l'attaquai avec l'ongle et ramenai une matière dure comme du ciment. Cela étant bien constaté, il fallait débarrasser la malade. — J'attaquai la tumeur avec la gouge et le maillet de façon à la casser et je pus en retirer les morceaux sans léser la muqueuse rectale ; tout se passa sans accident ; la diarrhée cessa rapidement, la malade se rétablit. — Il faut évidemment une certaine habitude pour casser une pierre dans l'intestin avec une gouge et un maillet, sans l'a-

voir préalablement saisie avec une pince. Je donnais de la main droite un vigoureux coup de maillet, et de la gauche, je modérais la pénétration de la gouge, de manière à faire éclater la pierre, sans la pousser contre les parois de l'intestin. — Je n'eus pas à couper le sphincter dans le cas dont il s'agit.

M. SCHWARTZ. — Je me rappelle avoir vu, en 1874, un cas pareil, la diarrhée était profuse, la tumeur très volumineuse. — Le chloroforme administré, le sphincter de l'anus dilaté, on place un spéculum de Sims et la tumeur est enlevée. Dans le fait de M. Loviot, la tumeur était limitée; les manœuvres par le vagin peuvent, dans ce cas, réussir. Si la tumeur est très grosse, elles seront inefficaces.

M. LOVIOT. — Dans le cas de M. A. Guérin, le bol était immobile, il n'y aurait eu aucune raison pour intervenir par le vagin. Dans le cas de tumeur mobile, je pense, au contraire, que l'intervention par le vagin peut être très utile. Mais je ne généralise pas.

M. A. GUÉRIN. — Je n'ai parlé de ce corps étranger d'origine fécale qu'à cause de sa composition qui ne peut être expliquée que par un séjour infiniment prolongé des matières qui n'ont pu acquérir la consistance pierreuse qu'au bout d'un temps difficile à apprécier. Tous les médecins ont eu l'occasion d'observer chez des vieillards des matières fécales durcies qu'il faut enlever avec une espèce de cuiller; je n'ai trouvé nulle part une observation semblable à la mienne.

D^r LOVIOT. — Je ferai seulement remarquer, à propos de la très intéressante observation de M. A. Guérin, que dans son cas, il s'agissait d'une tumeur immobile, qui ne fuyait pas sous la pression, et qui, par conséquent, ne nécessitait ni abaissement, ni fixation.

Je suis entièrement de l'avis de M. Schwartz; il convient de ne pas confondre l'accumulation de matières fécales, la coprostase, avec la tumeur stercorale proprement dite, le coprolithe.

Les considérations que j'ai présentées s'appliquent uniquement à ce dernier ordre de faits; aussi bien, ai-je intitulé ma communication : tumeur stercorale du petit bassin chez la femme, la dénomination de coprolithe pouvant donner lieu à des interprétations un peu différentes.

De l'excision des gros polypes de l'utérus, particulièrement des polypes géants de cet organe, par

M. GUÉNIOT. — Sans vouloir donner aux qualificatifs *gros* et *géant*, une précision qu'ils ne comportent pas, je dois dire cependant que, dans ma pensée, les *gros polypes* sont ceux dont le volume égale ou surpasse celui d'un œuf de poule ; et les *polypes géants*, ceux dont les dimensions excèdent notablement celles du vagin, de telle sorte qu'après avoir envahi la cavité de cet organe, ils distendent fortement ses parois, appuient de leur extrémité libre sur le plancher périnéal, et refoulent en haut l'utérus, au point de le rendre complètement inaccessible au doigt qui explore.

En ce qui concerne les *gros polypes*, comment procède-t-on d'ordinaire à leur excision ?

Lorsqu'ils ont pénétré dans le vagin, ne fût-ce même que partiellement, on les saisit avec des pinces à griffes, et on les entraîne jusqu'à la vulve ; puis, on porte sur leur attache deux doigts, qui servent à la fois de protection aux parties saines, et de guide à l'instrument tranchant (ciseaux ou bistouri).

Pour certains chirurgiens qui redoutent, non sans raison, la possibilité d'une hémorrhagie, l'instrument préféré est l'écraseur linéaire.

Le polype se trouve-t-il, au contraire, totalement inclus dans la cavité utérine ? La difficulté de l'excision devient nécessairement plus grande. Naguère encore, pour se frayer un accès jusqu'à lui, on dilatait péniblement le col à l'aide de la laminaire ou de l'éponge. Mais, de nos jours, grâce à l'antisepsie et aux pinces hémostatiques, on peut agir plus rapidement et d'une manière plus efficace. Le col utérin est, à droite et à gauche, largement sectionné dans presque toute sa hauteur ; après quoi, on dilate extemporanément l'orifice interne, si déjà cette dilatation n'a pas été effectuée par le polype ; enfin, l'opération s'achève comme il a été dit plus haut ; c'est-à-dire que le polype, solidement saisi avec des pinces, est attiré aussi bas que possible, afin de faciliter la section de son pédicule.

Eh bien, dès 1875, j'ai proposé, pour l'ablation de ces gros polypes, encore renfermés dans l'utérus, un procédé particulier, qui permet de les exciser sur place, *sans abaissement préalable de la matrice ou du néoplasme*, en même temps qu'il met la *patient*e à l'abri de toute hémorrhagie. Or, quoi qu'on en ait dit, ce dernier point est souvent d'une extrême importance. Car les malades, déjà si fortement anémiées par des pertes antérieures,

se trouvent parfois gravement menacées dès qu'elles subissent une perte nouvelle, même des plus légères. C'est ainsi que, dernièrement, M. Bouilly citait, devant la Société de Chirurgie, un cas de mort par hémorrhagie, à la suite d'une excision faite dans de telles conditions.

Le procédé auquel je fais allusion consiste dans l'emploi — suivant un mode spécial — du serre-nœud ou constricteur de Maisonneuve. Cet instrument, d'une grande puissance, est pourvu, comme on sait, d'une corde métallique, sorte de câble composé de cinq ou six fils de fer tordus, qui sert à opérer la section.

L'anse destinée à étreindre le polype présente une souplesse suffisante pour permettre de l'infléchir à tous les degrés sur la tige ; et sa fermeté néanmoins reste telle, que l'on peut aisément la conduire à la manière d'un instrument rigide jusqu'à destination, c'est-à-dire, au besoin, jusqu'au fond de la cavité utérine.

C'est à ces divers points de vue : *solidité*, qui exclut toute éventualité de rupture ; *flexibilité*, qui permet de donner à l'instrument la forme voulue, et *rigidité*, qui facilite à la fois son introduction et son placement ; c'est, dis-je, à ces divers points de vue, que l'instrument dont il s'agit me paraît très supérieur à l'écraseur linéaire. Et si son usage ne s'est pas généralisé, je n'hésite pas à penser que c'est précisément à cause de la confusion qui en a été faite avec l'écraseur. Autant, en effet, ce dernier instrument est incommode pour l'objet spécial qui nous occupe, autant le premier est approprié au but que l'on poursuit.

Dans une communication faite, en 1875, à la Société de chirurgie (1), j'ai décrit la manière de procéder pour mettre à profit les qualités du constricteur. Cette communication, publiée tout au long dans les Bulletins de cette Société, a été reproduite, en outre, dans les *Archives de Tocologie* (même année 1875). Il serait donc hors de propos d'y revenir ici.

Qu'il me suffise de dire, que l'extrémité libre du polype une fois engagée dans l'anse du constricteur, celle-ci est ensuite dirigée, à la manière d'une cuiller de forceps, dans la cavité utérine jusque sur l'attache du néoplasme. C'est le polype lui-même qui sert de conducteur à l'instrument. Cette manière de procéder,

(1) Voir *Bulletin et Mém. de la Soc. de chirurgie*, 1875, p. 66.

pour les cas où le pédicule se trouve à une hauteur inaccessible, simplifie beaucoup l'opération, en même temps qu'elle donne, contre l'hémorrhagie, une sécurité tout exceptionnelle.

Mais c'est surtout pour l'ablation des *polypes géants*, que le constricteur me paraît être l'instrument de choix. Telle est, du moins, l'impression qui se dégage de l'épreuve que j'en ai faite l'année dernière. Je sais qu'un exemple unique ne prouve rien, ou ne prouve que fort peu de chose. Ce n'est qu'avec des dizaines ou des centaines d'observations qu'il est permis d'apprécier la valeur d'une méthode. Néanmoins, pour le cas difficile auquel je fais allusion, j'ai trouvé dans l'emploi du constricteur une ressource à la fois si commode, si puissante et si exempte de danger, que je vous demande la permission de relater ici les circonstances du fait, afin de susciter, s'il y a lieu, des imitateurs.

En septembre 1888, je fus appelé en consultation par M. le Dr Giberton, de Jouy-en-Josas, pour Mme X..., âgée de 46 ans et mère de plusieurs enfants. M. le Dr Védrine, de Versailles, qui connaissait la malade, se trouvait également présent.

Il s'agissait d'une dame, de constitution moyenne et d'une santé habituelle assez bonne, mais qui depuis quelques années, s'affaiblissait de plus en plus, en raison de pertes sanguines fréquentes et prolongées. Je la trouvai, en effet, très anémiée, sans force, sans appétit, dormant mal et gardant la chambre depuis plusieurs semaines. Dans l'intervalle des règles qui, chaque fois, se prolongeaient démesurément, il existait un écoulement leucorrhéique assez abondant, mais exempt de fécondité.

L'examen du ventre me permit de constater, dans la région hypogastrique, la présence d'une tumeur volumineuse, dure, lobulée, s'étendant jusqu'au voisinage du nombril et ne laissant aucun doute sur sa nature fibro-utérine. A l'aide du toucher, on trouvait le vagin distendu par une autre tumeur dure, émanant de la masse hypogastrique, et qui, de forme régulièrement cylindroïde, appuyait en bas sur le plancher périnéal, pour se perdre en haut dans la profondeur du bassin. Si loin qu'il fût porté, le doigt ne pouvait atteindre sa limite supérieure, de même qu'il n'atteignait ni les culs-de-sacs vaginaux, ni aucune partie de la matrice.

Il était manifeste que nous avions affaire à un énorme polype qui, partant de la cavité utérine, s'était frayé une large voie à

travers le col, pour arriver par son extrémité libre, jusqu'au voisinage de la vulve. C'était, dans toute la rigueur du terme, un *polype géant*, qui mesurait environ dix centimètres de diamètre sur tous ses points accessibles, alors que sa longueur ne paraissait pas moindre de quinze centimètres.

Cette constatation faite, nous jugeâmes que, pour améliorer la situation de la malade, une opération était indispensable. Mais rejetant l'hystérectomie totale, c'est l'excision du polype à travers le vagin qui fut décidée, et l'on me pria de vouloir bien me charger de son exécution. Comme on le voit, il ne s'agissait en réalité que d'une opération *partielle* ; car, vu l'état de débilité dans lequel se trouvait la malade, on ne pouvait songer à l'ablation totale de ces masses fibro-utérines. Afin de ramener le sommeil et de tenter un léger relèvement des forces, de même que pour obtenir une aseptie bien complète des voies génitales, nous convinmes que l'opération serait différée d'une quinzaine de jours.

Mais, pour intervenir avec le plus de fruit, et éviter tout incident fâcheux, comment convenait-il de procéder à l'excision de cet énorme fibrome ?

Je ne pouvais songer à exercer des tractions sur la tumeur pour l'entraîner hors de la vulve et l'exciser à ciel ouvert ; car les masses fibreuses hypogastriques n'eussent pas permis un tel déplacement. Tout effort pour l'abaisser, même à un faible degré, devait nécessairement échouer. Du reste, de telles tractions sont loin d'être innocentes. En cas semblable, on sait que, plus d'une fois, l'utérus inversé a été gravement ébréché pendant la section des attaches du polype. C'est même pour se mettre en garde contre un tel accident, que M. Tillaux a préconisé l'excision à ciel ouvert et *sans anesthésie*, afin que la sensibilité de l'utérus permît au chirurgien de ne pas égarer son bistouri sur le tissu de cet organe.

D'une autre part, était-il prudent d'attaquer la tumeur par ses points les plus accessibles, en la morcelant sur place, soit avec des ciseaux, soit avec tout autre instrument, pour dégager la voie et s'avancer graduellement vers ses attaches ? Je ne puis l'admettre. Car, s'il est vrai que, dans la grande généralité des cas, le tissu des fibroïdes se montre absolument dépourvu de vaisseaux, il n'est pas moins certain que, parfois, la vascularisation de ces néoplasmes ne saurait être contestée. C'est pour

avoir observé plusieurs cas de ce genre, que je n'hésite pas à soutenir de nouveau la vérité de ce fait anatomique (1). Sans doute, le plus souvent c'est l'enveloppe utérine du néoplasme qui renferme les vaisseaux; mais au point de vue opératoire, le seul qui nous occupe, qu'importe que la perte sanguine ait telle ou telle origine. Ce qu'il faut éviter avec grand soin, c'est l'hémorragie, si faible soit-elle, parce que la malade, déjà épuisée par des pertes antérieures, pourrait succomber à une perte nouvelle. Or, la fragmentation instrumentale d'une tumeur si volumineuse nous eût exposé à ce redoutable accident.

J'ajoute que nous eussions vraisemblablement couru les mêmes risques, par l'emploi du nouvel instrument que M. Collin a récemment fabriqué d'après les indications de M. le Dr Segond. Je connaissais par ouï-dire cette espèce de pince à évisseur, destinée à étreindre le polype, comme le ferait un forceps, en même temps qu'un long cylindre tranchant est mis en action pour excaver le centre de la tumeur. Mais, outre que ce nouvel engin n'a pas encore été appliqué, l'évidement qu'il doit réaliser par l'ablation successive d'un certain nombre de copeaux, me paraît devoir être une opération longue, et qui ne met pas suffisamment à l'abri d'une perte sanguine.

Enfin, dans l'espèce, l'écraseur linéaire pouvait-il être une ressource suffisante? Il ne me le parut pas. Car, en dehors de la difficulté de placer la chaîne, même avec l'artifice imaginé par M. le Dr Després, de Saint-Quentin, la fragilité de l'instrument ne me donnait aucune sécurité pour attaquer un polype de si fort volume, et qui semblait être d'une grande densité.

Force me fut donc de revenir au constricteur qui, par les épreuves que j'en ai faites, présente toute garantie contre une rupture accidentelle, de même que contre tout accident hémorragique. Mais ici encore, une grave difficulté se présentait : c'était de faire passer une anse d'environ dix centimètres de diamètre (nécessaire pour étreindre le polype vers sa racine), à travers la vulve qui n'en mesurait guère que six ou sept. Pendant plusieurs jours, je méditai longuement sur les moyens de tourner cet obstacle. Enfin, je crus avoir trouvé la solution du problème, en usant du petit artifice que je vais indiquer, et qui, pour

(1) Déjà, j'ai discuté avec détail cette importante question, dans un travail intitulé : *Nouvelle note sur la cure chirurg. des polypes de l'utérus*. (In *Arch. de toxicologie*, ann. 1875, p. 164.)

le dire par anticipation, me réussit au delà de toute espérance.

Cette pratique consiste à disposer l'anse métallique de la manière suivante :

1° Lui donner la forme d'une ellipse, ou mieux, d'une raquette, très allongée, dont le diamètre transversal n'excède pas celui de la vulve (par exemple pour le cas présent, 15 centimètres de long et 6 ou 7 centimètres de large) ;

2° Munir son sommet d'un petit cordon ou ruban qui permette de l'abaisser à volonté, lorsque l'instrument sera mis en jeu ;

3° Enfin, infléchir fortement l'anse vers la tige, de manière que l'espace, compris entre les deux, forme un angle très aigu.

Pour compléter cette préparation de l'instrument, la gorge de réflexion et la corde métallique seront enduites de vaseline, afin de faciliter les glissements.

C'est dans ces conditions, et après avoir pris toutes les précautions antiseptiques d'usage que, le 15 octobre 1888, assisté de nos honorables confrères, MM. Giberton et Védrine, je procédai à l'opération, la malade étant anesthésiée par les soins de M. Labbé, interne des hôpitaux de Versailles. Qu'il me suffise de dire, pour supprimer tout détail superflu, que le placement de l'anse et la mise en jeu régulière de l'instrument, sont les seuls points qui offrent ici un réel intérêt.

La malade étant maintenue dans la position obstétricale (vessie et rectum préalablement évacués), je saisis solidement avec des pinces à griffes l'extrémité du polype, que j'allongeai un peu en pointe à l'aide d'une *légère* traction. Puis, j'introduisis sur le côté gauche, jusqu'à douze ou treize centimètres de profondeur, un écarteur vaginal fermement maintenu. Les pinces furent alors engagées dans le vide de l'anse métallique, et la tige du constricteur portée, d'un seul mouvement, jusqu'au fond du vagin, en glissant sur l'écarteur.

Ainsi que je l'avais espéré, l'anse métallique s'élargit sans peine, à mesure du besoin, pour embrasser le polype, son sommet restant toujours dirigé vers l'extérieur.

Du reste, nulle difficulté pour lui faire franchir l'orifice vulvaire. Mettant, dès lors, l'instrument en action, l'anse se releva graduellement, de manière à former avec la tige un angle de moins en moins aigu, et bientôt un angle droit, c'est-à-dire celui qui est le plus propice pour une section régulière.

A cet égard, le cordon fixé sur le sommet de l'anse permet, à tous les temps de la division, de régler le degré de cette inclination.

Ainsi fut exécutée sans la moindre difficulté, sans perte de sang et en un temps relativement court, la section complète du polype qui fut tranché en plein corps. Pour l'extraire des parties génitales, je dus ensuite exercer sur lui des tractions prolongées, combinées avec des mouvements de rotation, comme s'il se fût agi d'un accouchement. Grâce à cette manœuvre, le périnée s'amincit, et la vulve atteignit une dilatation suffisante pour livrer enfin passage à la tumeur.

Celle-ci offrait le volume d'une petite tête de fœtus à terme, mesurant sur la surface de section neuf centimètres de diamètres, et onze centimètres dans le sens de sa longueur. Sa forme était assez régulièrement sphéroïdale, et son tissu très dense, d'un blanc brillant, absolument dépourvu de vaisseaux.

Comme on le pense bien, les suites de l'opération furent des plus simples. Mais que devint la portion radiculaire du polype, portion que nous crûmes devoir abandonner, sans rien tenter pour l'extraire ?

L'enveloppe de la tumeur ayant été si largement ouverte, j'avais espéré que les restes du néoplasme seraient peu à peu énucléés de leur coque, et s'avanceraient dans la cavité du vagin. On sait que, souvent, les choses se passent ainsi, et le Dr Vulliet, de Genève, a même basé, sur ce phénomène d'énucléation, toute une méthode opératoire applicable aux myomes interstitiels (1). Mais, dans le cas présent, cette sorte d'expulsion spontanée ne s'est que très incomplètement réalisée. C'est, du moins, ce qui résulte des renseignements que m'a fournis M. le Dr Giberton, à la date du 2 août 1889.

« A l'aide du spéculum, m'écrit notre confrère, on voit à travers le col utérin largement ouvert, une masse arrondie, qui présente, sur un fond gris, quelques taches rouges, comme ecchymotiques. Cette tumeur est dure, insensible et exempte de toute fétilité. Il semble que l'on pourrait sans grande peine l'exciser, comme il a été fait de celle que vous avez enlevé il y a dix mois. »

Du reste, l'état général de la malade s'est notablement amélioré. « Elle va et vient dans son intérieur ; elle mange mieux, a

(1) *Contribution à l'étude du traitement des fibro-myomes utérins intra-pariétaux, de petites et de moyennes dimensions.* Paris 1889.

repris du teint, et aussi quelque peu d'embonpoint. L'œdème des membres inférieurs a beaucoup diminué, et l'abdomen est, en grande partie, dégagé des masses dures qui l'encombraient. Enfin, si les règles restent encore trop abondantes, on peut dire cependant qu'il n'existe plus de véritable hémorrhagie. »

Enorme fibrome utérin enlevé par l'hystérectomie abdominale. Pièce présentée par M. POLAILLON. — J'ai l'honneur de présenter à la Société une pièce anatomique, représentant un corps fibreux de l'utérus, plus gros qu'une grossesse à terme, que j'ai enlevé, le 29 octobre dernier, par l'hystérectomie abdominale.

Actuellement, l'opérée peut être considérée comme guérie, dix-huit jours après l'hystérectomie abdominale. La température n'a jamais monté au-dessus de 38°.

Vous remarquerez que cette tumeur est développée aux dépens du fond de l'utérus, dont la cavité n'était pas très agrandie. Elle est formée par du tissu fibreux compact, et présente à sa surface quelques bosselures grosses comme des noix.

Il y a trois ans, la tumeur débordait le pubis de trois ou quatre centimètres seulement, et n'occasionnait aucun accident. M. Siredey fut consulté et repoussa toute idée d'opération. J'aurais certainement fait comme notre collègue. La malade avait alors 27 ans. Mais, depuis trois ans, le fibrome s'est développé progressivement, au point de remonter jusqu'à la région épigastrique, de causer des accidents de compression sur l'intestin, et d'entraîner des hémorrhagies abondantes au moment des règles, qui se prolongent pendant dix et quinze jours.

La jeune femme était amaigrie, digérait très mal, souffrait et demandait à être débarrassée de sa tumeur.

Je me trouvais donc en présence d'une tumeur grossissant d'une manière incessante et altérant la santé. Il était évident que cette production morbide ne s'arrêterait pas dans sa marche, et on pouvait prévoir le moment où elle ne serait plus compatible avec la vie.

Les hystéromes de ce volume, de cette nature, ne sont pas justiciables d'un traitement électrique. Il fallait l'enlever par la voie abdominale.

Une incision partant du pubis et remontant à l'épigastre, per-

mit de la faire sortir de l'abdomen. Aussitôt sa base fut transpercée par deux broches en croix, entre lesquelles deux cordons de caoutchouc furent énergiquement serrés.

La tumeur fut ensuite amputée au-dessus du pédicule. Les ovaires et les trompes furent emportés avec elle. L'incision abdominale fut suturée. L'opération fut rapide et sans difficulté.

Dans toutes les opérations de ce genre, je laisse le pédicule au dehors. Je ne crois pas qu'il soit prudent d'abandonner dans le ventre ce gros pédicule, dont la ligature est difficile, et qui pourrait saigner.

Le pédicule au dehors retarde un peu la guérison, car aujourd'hui le pédicule n'est pas encore détaché, alors que l'incision est cicatrisée depuis plusieurs jours.

La mortalité des hystérectomies abdominales pour ces gros fibromes, est moins considérable qu'on ne l'a dit. C'est le seul moyen d'amener une guérison définitive.

Présentation d'un kyste uniloculaire de l'ovaire par M. POLAILLON.—En même temps, je mets sous les yeux de la Société une très grosse poche de kyste uniloculaire, que j'ai enlevée par l'ovariotomie. L'opérée n'a pas eu le moindre mouvement de fièvre, et actuellement, au douzième jour, elle est guérie.

Cette observation est tout à fait banale ; cependant la compression du kyste sur les reins et les uretères avait produit de l'albuminurie, de l'anurie et des accidents d'urémie. Tous ces accidents cessèrent comme par enchantement, lorsque M. Maygrier, dans le service duquel cette malade avait été admise, eut retiré par la ponction 16 litres d'un liquide filant.

M. Maygrier voulut bien confier cette malade à nos soins pour lui faire l'ovariotomie. L'opération n'a rien présenté de particulier, si ce n'est de nombreuses adhérences du kyste, avec la paroi abdominale antérieure.

Présentations. — M. VERRIER présente à la Société : 1° un cotylédon supplémentaire du placenta qui n'était pas en communication avec le placenta principal.

Il a été expulsé 24 heures après la délivrance normale, au milieu des caillots d'une grande hémorrhagie.

Sa forme allongée et son volume l'auraient fait prendre pour un polype fibreux, si une section faite au centre de la tumeur n'eût démontré sa nature placentaire.

2° Une masse de débris blanchâtres, déliés, rendus par une malade de 40 ans, en dehors de son époque menstruelle, avec accompagnement de légère hémorrhagie et de douleurs considérables, qui n'affectaient pas le caractère intermittent. Pour ces douleurs, on fut obligé de recourir aux piqûres de morphine, et pour aider à l'expulsion, qui dura 4 jours, on donna trois pilules de 0,015 milligr. d'extrait de *viburnum prunifolium* par jour, ainsi que 2 gr. d'antipyrine en deux demi-lavements.

Au toucher, l'utérus qui était gros, turgescant le 1^{er} jour, avait repris son volume et sa consistance normale le 4^e jour, et aucune expulsion anormale n'avait plus lieu par le col.

Comme cette expulsion avait été précédée d'une diminution sensible dans l'écoulement sanguin des dernières règles, on pouvait se demander si on n'avait pas affaire à l'expulsion d'un œuf de 3 semaines, bien qu'on n'eût pas trouvé d'embryon. Ou bien si ce n'était pas un cas d'exfoliation de la muqueuse utérine, ou enfin, si ce n'étaient pas des débris de polypes muqueux, la malade en présentant de visibles sur l'orifice utérin.

L'examen histologique, pratiqué par M. le professeur Mathias Duval, est venu démontrer qu'il s'agissait purement et simplement de fibrine décolorée.

Ceci s'expliquerait par ce fait, que les dernières règles n'ayant pas été très abondantes en apparence, une partie du sang aurait été retenue dans l'intérieur de l'utérus, où il se serait décoloré.

La masse étant assez volumineuse, a provoqué des douleurs expulsives mal définies par la malade, et a donné lieu au rejet des matières soumises à l'examen de la Société.

M. Verrier demande si, dans ce cas, il ne serait pas utile de pratiquer l'écouvillonnage de l'utérus?

M. PAJOT. — Avant de pratiquer le curetage il faut attendre pour voir si pareil fait ne se reproduira pas encore aux prochaines règles.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 12 décembre 1889.

Présidence de M. le Dr POLAILLON.

SOMMAIRE. — Lecture du procès-verbal de la dernière séance. — RECTIFICATION. — Le mémoire sur la laparo-hystéropexie attribué à M. Dumont est à M. le Dr Dumoret. — *Correspondance manuscrite* : Lettres de M. le Dr Doléris retenu au concours de la médaille d'or et de M. Bailly maintenant sa démission et annonçant qu'il a définitivement quitté Paris. — De MM. Bar, Bonnaire, Budin, Maygrier, remerciant la Société de leur élection comme membre titulaire. — De M. Rouvier, de Beyrouth, comme membre correspondant national. — De M. A. Guérin qui est indisposé et ne peut assister à la séance. — *Correspondance imprimée* : Une brochure de M. Mistrachi, intitulée : TRAITEMENT des hémorrhagies post partum par le raclage. — *Gazette de Gynécologie*. — *Annales de Gynécologie*, 1 numéro.

ORDRE DU JOUR : M. CHARPENTIER : A propos d'un cas de mort rapide après l'accouchement. — M. PORAK : Rapport sur les candidatures de MM. Narich, de Smyrne, BÉTRIX, de Genève, au titre de membre correspondant étranger, CORDES, de Genève, au titre de membre correspondant national. — *Renouvellement du Bureau. Elections*. — M. LOVIOT : Manœuvres obstétricales. Faits cliniques. — M. le Président annonce la mort de M. le Dr Wasseige, de Liège, membre correspondant étranger.

M. CHARPENTIER. — A propos d'un cas de mort rapide après l'accouchement. — Messieurs, les cas de mort rapide après l'accouchement, sans être absolument rares, rentrent pourtant dans les exceptions. C'est pourquoi j'ai cru qu'il y avait intérêt à vous faire connaître le fait suivant, que j'ai eu à observer il y a peu de temps avec notre confrère, M. le Dr Hemey.

Il s'agit d'une jeune femme de 28 ans, accouchant pour la 6^e fois.

Voici les antécédents de la malade et de sa famille.

Le père est mort d'un ramollissement cérébral.

La mère d'un cancer généralisé.

Ils ont eu 6 enfants dont 3 sont encore vivants. 3 sont morts. Un fils mort à 39 ans d'une fièvre typhoïde bâtarde avec accidents pulmonaires congestifs.

Une fille mariée, morte à 28 ans d'une embolie cérébrale.

La 3^e est la malade qui fait le sujet de cette communication et qui vient de succomber dans les conditions suivantes :

C'est une femme de 28 ans, d'une taille moyenne, mais présentant une obésité considérable. Les 5 premiers accouchements ont été normaux, quoique violents, et ont tous donné des enfants vivants.

Un seul accouchement a présenté une longueur exceptionnelle, le 3^e, par suite d'un arrêt du travail qui a duré plusieurs heures sans cause connue.

En décembre 1888, la malade fut traitée pour une métrite à forme congestive et hémorrhagique dont elle guérit si complètement qu'au mois de janvier elle devenait enceinte. La grossesse a été constatée par le D^r Hemey le 28 janvier 1889. Elle se passa sans incidents notables, sauf quelques accidents congestifs légers du côté de la poitrine et du bassin, et une somnolence prolongée après les repas.

La malade qui a passé tout son été à la campagne revient à Paris le 20 octobre, mais M. le D^r Hemey, qui la voit ce jour-là, ne peut obtenir qu'elle se laisse examiner. Elle a pris un grand bain le matin, a passé sa journée à courir les magasins et rentre le soir se plaignant d'une fatigue extrême.

Pendant la nuit du 23 au 24, perte abondante d'eau. Appelée le 24 au matin, M. Hemey constate un écoulement abondant et continu d'un liquide blanchâtre analogue au liquide amniotique. Pas de contractions utérines, pas de douleurs.

Au toucher. Col effacé, situé très haut, pas de début de dilatation. Présentation du sommet en OIGA.

L'écoulement continue toute la journée du 24 et du 25 octobre sans apparition de contractions.

Le 25, à 6 heures du soir, premières contractions utérines, normales, régulières, se succédant de 10 en 10 minutes pendant la première partie de la nuit, puis se ralentissant ensuite.

Vers 5 heures du matin, les douleurs reparaissent avec une énergie et une violence extrême, mais sans que le travail fasse de réels progrès.

Le col presque complètement dilaté (8 cent. environ forme

autour de la tête un bourrelet de déviation très prononcé. Cet état est surtout marqué sur la lèvre antérieure qui est grosse, volumineuse. Mais le col est souple et se laisse facilement refouler avec le doigt, pour revenir de suite au devant de la tête. Celle-ci occupe à peu près le tiers moyen de l'excavation et est en OIGA.

A 5 heures 3/4. Douleur extrêmement vive, suivie d'un état demi-syncopal et de la diminution très notable des douleurs sans cessation complète.

Cet état dure jusqu'à 6 heures, où les douleurs cessent presque totalement.

La malade devient froide, glacée, les pupilles dilatées, le pouls presque insensible. Etat syncopal très prononcé, et pour ainsi dire continu. Dyspnée, respiration très fréquente, anhélanter. Agitation extrême. En même temps la peau de la face et de tout le corps présente une teinte cyanique qui va s'accroissant de plus en plus. La malade se voit très mal. L'intelligence est complète. Les mouvements des membres parfaitement libres. Elle réclame à grands cris du secours.

A 7 heures du matin, M. le Dr Hémey me fait appeler. J'arrive à 8 heures et je la trouve dans l'état suivant :

Cyanose généralisée, respiration extrêmement courte et fréquente. Pouls insensible, les extrémités inférieures froides et glacées. Etat syncopal presque continu. La malade est pour ainsi dire mourante.

Elle répond pourtant très nettement aux questions et ne se plaint que de son oppression et d'une douleur très vive au creux épigastrique.

Palper. Le reste du ventre est endolori, et au palper on sent l'utérus se contracter faiblement.

Battements du cœur fœtal nuls. Position OIGA.

Au toucher. Le col gros, volumineux, très épais dans ses deux lèvres antérieures et postérieures semble divisé en deux parties.

Une partie pour ainsi dire libre, flottante, sur laquelle on constate à droite une large encoche de 2 à 3 cent. de profondeur et d'étendue se prolonge jusqu'à la base des lèvres qui forment autour de la tête un bourrelet volumineux, parfaitement circulaire et intact dans sa continuité. Ce bourrelet est relativement souple et laisse facilement passer le doigt qui peut le parcourir dans toute son étendue. Il a à peu près 2 cent. de hauteur et

embrasse exactement la circonférence de la tête. La déchirure du col s'est donc arrêtée à ce niveau et n'a pas atteint le segment inférieur de l'utérus.

Culs-de-sac vaginaux et vagin intacts.

Tête volumineuse très ossifiée en OIGA. Bosse sanguine considérable.

En présence de l'état si grave de la patiente, de la dilatation complète du col, je pense devoir terminer l'accouchement le plus rapidement possible. Après avoir un peu ranimé la malade par une injection sous-cutanée d'éther, je procède à une application de forceps. Celle-ci se fait sans difficultés ; mais, malgré les tractions énergiques pratiquées à plusieurs reprises par M. Hemey et moi même, la tête reste maintenue par le col qu'elle ne peut franchir. Les efforts de traction abaissent la matrice et le col qui vient faire saillie à la vulve, mais ne font pas progresser la tête. Le seul résultat réel est le réveil des contractions utérines.

Pas d'hémorrhagie, pas d'écoulement de sang, par les parties génitales ni avant, ni pendant l'application du forceps.

J'envoie chercher mon céphalotribe ; pendant la demi-heure qui s'écoule l'état de la femme va s'aggravant encore si possible, et ce n'est que grâce à deux injections d'éther (2 grammes) que la malade se ranime un peu sans se réchauffer.

Cognac, grog chaud, rien n'y fait.

A 9 heures, je perfore la tête avec le perforateur de Blot, j'essaie d'appliquer le céphalotribe de Bailly. La première branche passe très facilement, mais la tête, mal contenue par suite de l'obésité extrême de la femme, fuit lors de l'introduction de la seconde branche. Une seconde tentative faite en appliquant d'abord la branche droite ne réussit pas mieux, et la tête étant remontée au niveau du détroit supérieur, je me décide à extraire l'enfant par la version.

Avec la main gauche je vais directement chercher les pieds en haut et à droite. Je saisis le pied antérieur et j'extrais sans difficulté un enfant volumineux.

Pendant l'opération, la matrice s'est contractée modérément, mais assez vigoureusement sans aider notablement les efforts de traction.

Délivrance spontanée, par les seules contractions de la matrice 15 minutes après l'extraction de l'enfant.

Pas d'hémorrhagie. Après l'expulsion du délivre la matrice revient bien sur elle-même et reste bien rétractée.

Malgré les injections d'éther l'état va s'aggravant et la malade succombe à midi.

Quelle est maintenant la cause de la mort chez cette malade ? Elle me semble due à des troubles cardiaques. Embolie très probablement, car je crois pouvoir éliminer la rupture utérine à laquelle M. Hemey avait pensé tout d'abord.

Il y a bien eu à un moment donné une douleur très vive dans le haut du ventre et j'ai constaté moi-même une déchirure profonde du col ; mais le reste du col et le segment utérin inférieur étaient, ainsi que le vagin, restés intacts. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie avant, pendant, ni après mon intervention.

Les contractions utérines ont persisté même après l'extraction de l'enfant.

Pas de modifications dans la présentation fœtale.

Délivrance spontanée. Rétraction normale de l'utérus.

Mais de plus, en faisant la version, j'ai eu à introduire ma main dans l'utérus et j'ai parcouru sa cavité dans tous les sens sans constater de traces de cette déchirure.

Je crois donc à une mort par le cœur, et probablement par embolie. Quant au point de départ de cette embolie, j'avoue l'impossibilité où je suis de la désigner, car je n'ai vu la malade que deux heures après le début des accidents et, je le répète, elle était déjà presque mourante au moment de mon intervention, intervention à laquelle je ne me suis décidé que dans l'espoir de donner ainsi quelque chance de survie à la malade.

Il resterait maintenant à expliquer pourquoi nous n'avons pas pu, malgré des tractions très énergiques, réussir à amener cette tête qui, quoique encore enfermée dans la matrice, occupait le tiers moyen de l'excavation, c'est-à-dire avait franchi le détroit supérieur.

Il n'y a pas de rétrécissement du bassin ; celui-ci est normal aussi bien dans l'excavation qu'au détroit supérieur ou inférieur. La tête était bien saisie par le diamètre bi-pariétal, et le forceps solidement appliqué, puisqu'il n'a pas dérapé malgré nos tractions énergiques. — Quoique volumineuse et solide, la tête ne dépassait pas les proportions ordinaires. — Je crois donc que c'est à la seule résistance du col, et au défaut de flexion de la tête qu'il faut attribuer les difficultés.

Quant à celles que j'ai rencontrées dans le placement des branches du céphalotribe, elles ont tenu au déplacement de la tête produit par l'introduction de la première branche de l'instrument, et à ce que cette tête est remontée au niveau du détroit supérieur.

Ces interventions infructueuses et répétées, ont-elles contribué à aggraver l'état de la malade. Je ne le crois pas, elles étaient indiquées comme ressource ultime, et si je n'ai pas eu recours d'emblée à la version, c'est que l'engagement de la tête était assez prononcé, et que rien ne pouvait me faire prévoir les difficultés que j'ai rencontrées dans mes manœuvres instrumentales qui ont été faites avec d'autant plus de prudence et de douceur que l'état de la malade était plus grave.

Discussion. — M. PAJOT. — J'approuve la conduite qui a été tenue, mais j'avoue n'avoir jamais vu le col causer un obstacle aussi considérable. — M. Charpentier s'est-il servi du forceps classique ?

M. CHARPENTIER. — Je me suis servi du forceps classique. — Je me rappelle un cas analogue que je vis avec M. Tarnier, M. Tarnier appliqua deux fois le forceps, mais sans succès ; il fallut recourir au céphalotribe ; la difficulté de l'extraction d'après M. Tarnier serait due à l'absence de contraction du segment inférieur de l'utérus ; la tête entraîne le segment inférieur de l'utérus avec elle et ne sort pas.

M. PAJOT. — J'ai vu le col utérin jusqu'à la vulve et j'ai été obligé de le soutenir pour ne pas l'entraîner et permettre l'extraction de la tête ; j'ai appliqué le forceps dans deux cas de cancer du col et la tête a pu passer. Il y a dans le cas de M. Charpentier quelque chose d'obscur. Comment, dans un bassin bien fait, la tête ne passe pas !

M. LOVIOT. — En dehors de la résistance de l'orifice et de la déflexion, les difficultés peuvent être attribuées à l'absence de la *vis a tergo*, à l'absence des contractions utérines non seulement du segment inférieur, mais même du supérieur.

M. CHARPENTIER. — Je dois remarquer que l'introduction du forceps réveilla les contractions utérines.

M. PAJOT. — Bien des fois j'ai noté l'absence complète des contractions utérines et n'ai pas éprouvé de difficulté pour ex-

traire la tête. Récemment encore, à une dame accouchée autrefois par Danyau, j'ai appliqué le forceps sans difficulté. Il devait donc y avoir dans le cas de M. Charpentier quelque chose de particulier dans le col.

M. CHARPENTIER. — Très souvent quand on applique le forceps, la tête n'est plus contenue dans l'utérus ; c'est là une distinction importante et qui peut rendre compte du plus ou moins de difficulté que l'on éprouve.

M. LOVIOU. — Tout en tenant le plus grand compte de l'obstacle présenté par l'orifice utérin, je serais porté à faire jouer un rôle assez grand à l'inertie utérine relative que M. Charpentier a signalée au moment de l'application du forceps.

La *vis a tergo* (contraction utérine ou utéro-abdominale) est un facteur dont l'importance est hors de doute ; — lorsqu'elle fait défaut, on est parfois étonné de la force considérable qu'il faut déployer dans les interventions les plus simples.

La *vis a fronte*, lorsqu'elle est seule, lorsque la *vis a tergo* ne lui vient pas en aide, ne fait souvent que pénible besogne.

Rapport sur les candidatures de MM. NARICH, BÉTRIX, au titre de membre correspondant étranger, au nom d'une commission composée de MM. Polaillon, Charpentier, Porak, rapporteur.

Messieurs, nous avons reçu une lettre de M. Narich qui sollicite une place parmi nos membres correspondants étrangers. Il s'intéresse à la science obstétricale avec une prédilection très marquée. Nous avons reçu à l'appui de sa candidature sa thèse de doctorat qui a été soutenue à Paris et un mémoire qui vient de paraître dans le *Progrès médical* sur un nouvel embryotome.

La thèse de M. Narich est intitulée : *Expériences avec le cranioclaste de Braun dans les bassins très rétrécis et proposition d'un nouveau mode de cranioclasie*. L'auteur a institué de nombreuses expériences qui aboutissent aux résultats suivants :

Le procédé de *Fabbri* et de *Braun*, qui consiste à prendre la tête fœtale en arrière successivement vis-à-vis de la symphyse sacro-iliaque d'un côté, puis vis-à-vis de l'autre symphyse sacro-iliaque ne permet pas de faire passer la base du crâne à travers

un rétrécissement inférieur de 4 à 7 millimètres au-dessous de la dimension du diamètre bi-mastoidien de la tête fœtale. Dans les rétrécissements extrêmes, Braun a enregistré quelques insuccès en se servant de son cranioclaste et fut obligé d'employer le céphalotribe. Suivant Narich, la prise de l'instrument peu solide, la formation d'esquilles, la violence déployée pendant le passage de la tête à travers des bassins très rétrécis rendent ce procédé peu recommandable.

Le procédé de *Nicola* et de *Pugliati* consiste à défléchir la tête fœtale à l'aide de la branche du cranioclaste introduite dans l'intérieur du crâne. Il n'est possible que lorsque la perforation a été effectuée très près du front suivant l'auteur.

M. Narich reste cependant un partisan du cranioclaste ; il pense que lorsqu'on se sert du céphalotribe, on ne broie pas la base du crâne, mais que celle-ci se place de champ entre les cuillers, c'est-à-dire que l'instrument agit à la façon du cranioclaste. De plus, dans les mouvements de rotation, l'extrémité du céphalotribe décrit un cône à sommet dirigé vers la vulve, à base dirigée vers le détroit supérieur. Il en résulte la possibilité de traumatisme des parties molles. Dans l'observation d'une femme atteinte de bassin oblique ovalaire, opérée aux cliniques par Depaul, le traumatisme avait consisté en une perforation de l'utérus et avait déterminé la mort de la malade.

Pour lui, la bonne application du cranioclaste doit se faire sur la tête défléchie. C'est la présentation de la face qui constitue la meilleure indication de la cranioclasie. Je suis absolument de cet avis et cette opinion a été confirmée par les expériences intéressantes qui ont été conduites avec tant de soin par notre collègue M. Auvard.

En conséquence, l'auteur conseille de défléchir la tête, en introduisant tout d'abord la grande cuiller, la cuiller fenêtrée du cranioclaste sur la face, de perforer ensuite le crâne au front, aussi près que possible de la racine du nez, d'introduire ensuite la branche intra-crânienne, de saisir la tête, d'effectuer la rotation et d'extraire.

Les travaux qui ont été faits depuis, ont démontré que si la manœuvre de Narich n'était pas toujours possible, elle répondait au moins à une condition qu'il serait désirable de pouvoir réaliser.

Toutes les fois qu'il m'a paru possible de défléchir la tête et de pratiquer la perforation au niveau du front, j'ai donné systé-

matiquement la préférence au cranioclaste. De ma pratique personnelle je puis affirmer que la prise de l'instrument est dans ces cas très solide et que la facilité avec laquelle l'extraction de la tête s'accomplit, est vraiment remarquable. Il ne m'est encore arrivé qu'une seule fois d'avoir à délivrer une femme chez laquelle le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur du bassin ne mesurait que 5 centimètres ; c'est à l'aide du cranioclaste que j'ai pu faire passer la tête à travers le détroit supérieur. J'y avais échoué auparavant après avoir appliqué plusieurs fois de suite le céphalotribe.

Actuellement je ne me déciderai à pratiquer l'opération césarienne que dans un bassin mesurant moins de cinq centimètres. Dans les rétrécissements extrêmes voisins de cinq centimètres, mais mesurant cependant davantage, je recourrai à une manœuvre que j'ai déjà employée à plusieurs reprises, il est vrai, à travers des angusties moins prononcées.

Je commencerai à briser le crâne à l'aide du basiotribe de M. Tarnier en plusieurs sens, je ferai une basiotripsie répétée sans tractions, suivant le conseil qui a été donné pour la céphalotripsie par M. Pajot. J'appliquerai ensuite le cranioclaste pour faire l'extraction de la tête.

Dans toutes les basiotripsies que j'ai pratiquées, toujours la base du crâne était fracturée. Au point de vue de la prise certaine et du broiement facile et sûr je n'ai pas expérimenté d'instrument sur lequel on puisse davantage compter. J'espère que M. Pajot voudra bien m'excuser d'avancer cette assertion, car je n'ai pas employé le céphalotribe qu'il a présenté à notre Société.

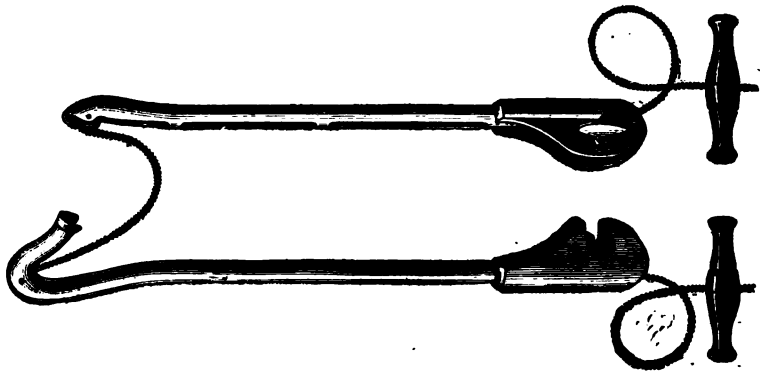
Mais le basiotribe, en saisissant et en broyant l'un des diamètres du crâne, détermine une augmentation compensatrice des autres diamètres. Pendant l'extraction, la tête peut ne pas se mouler dans le bassin et s'y accommoder. C'est pour cela qu'il me semble utile de se servir du cranioclaste pour extraire la tête broyée dans les cas où son passage doit s'effectuer à travers des rétrécissements très prononcés.

M. Narich indique que les branches du céphalotribe peuvent produire des attritions graves des parties molles ; il reconnaît que cela peut arriver aussi lorsqu'on se sert du cranioclaste ; il a même fait subir à la branche fenêtrée de cet instrument quelques modifications. Il l'a transformée en une cuiller pleine, qui

ne présente plus des arêtes coupantes, mais une surface convexe, régulière et lisse.

M. Narich envoie encore à l'appui de sa candidature un mémoire qui vient de paraître dans le *Progrès Médical* et intitulé : *Proposition d'un nouvel embryotome rachidien avec treize expériences à l'appui.*

Cet instrument appartient aux embryotomes à ficelle-scie. Il se compose d'un tube recourbé en crochet et d'un autre tube presque droit. Pour aller chercher la ficelle au-dessus du cou, M. Pajot avait muni l'extrémité du crochet d'une balle de plomb, Thomas d'un anneau, Kidd se servait d'une sonde à mandrin, Ribemont d'un ressort à anneau, moi-même j'ai fait construire par Aubry un mandrin avec une tige métallique munie d'un anneau. Voici cet instrument.



En réalité, l'une des très réelles difficultés dans l'emploi de cet embryotome est, en effet, de rechercher l'extrémité de la ficelle au-dessus du cou et de l'attirer en dehors.

M. Narich a résolu très heureusement le problème en munissant l'extrémité des deux tubes que j'ai signalés plus haut d'une poulie. De cette façon l'anse de la ficelle-scie, au lieu de se trouver au-dessus du cou et de le sectionner de haut en bas, se trouve situé au-dessous de lui et par le mouvement de va-et-vient qu'on lui imprime, effectue la section de bas en haut. C'est là une disposition très ingénieuse.

J'ai supposé que le crochet était placé au-dessus du cou et que son extrémité s'adaptait à l'extrémité du second tube. Si on s'en rapporte à quelques-unes des expériences de M. Narich, cette disposition ne serait pas indispensable et on pourrait ap-

plier les deux tubes sur un point quelconque du tronc de l'enfant, et alors, dès que la section serait terminée, on pourrait, s'il en est besoin, élargir l'anse, remonter les deux tubes de façon à achever la section du tronc de l'enfant. L'auteur argue d'une de ses expériences sur le mannequin l'opinion suivante, à savoir que le mouvement de va-et-vient de la ficelle a pour résultat de rapprocher les deux extrémités du tube et assure la section du tronc.

Je ne veux pas atténuer la part d'éloges que je dois envoyer à mon ami Narich, je lui demanderai cependant la permission d'adresser deux reproches à son appareil.

Le premier, c'est que les deux poulies dont il est muni ne sont pas faciles à nettoyer et qu'au point de vue des doctrines antiseptiques il existe là une défectuosité sérieuse. Cela ne constitue pas, cependant, une objection capitale. L'habileté de nos constructeurs, de M. Colin en particulier qui s'est chargé de construire l'instrument, ne se laissera pas surprendre par cette observation. Il lui sera facile de trouver une disposition qui permette de détacher les deux poulies et de les remettre facilement ensuite en place après les avoir examinées.

La seconde objection est plus sérieuse. Certainement M. Narich est en droit, d'après les expérimentations sur le mannequin, de croire à l'efficacité de son instrument appliqué sur le tronc. Mais l'on sait combien il y a loin de l'expérimentation sur le mannequin à l'observation clinique. Or, voici ce que je redoute. Lorsqu'on commencera à effectuer le mouvement de va-et-vient, il se produira deux effets : l'un sera de sectionner la partie fœtale, le second de la chasser hors de la prise de l'instrument et d'en écarter les deux branches. Je pense que les extrémités des deux tubes n'ont de tendance à se rapprocher que lorsque la ficelle-scie ne constitue pas d'anse et qu'elle va directement de l'un à l'autre.

Lorsqu'il y a une anse la partie fœtale ne reste fixée que par le crochet, l'extrémité de l'autre tube pourra peut-être se trouver repoussée en dehors par le corps du fœtus qui tend à s'élever et faire saillie contre la paroi utérine, qui se trouverait alors contondue.

Là encore il n'y a pas une objection au-dessus des ressources de nos constructeurs qui pourront facilement munir l'ex-

trémité extérieure des deux tubes d'une vis assez puissante pour maintenir en place leurs extrémités.

On voit par l'exposé des recherches très intéressantes de M. Narich qu'il possède une compétence réelle en obstétrique et que son ingéniosité lui indique une place honorable parmi nos membres correspondants étrangers, et j'appuie donc très chaudement sa candidature auprès de vous.

Nous avons reçu une lettre de candidature au titre de membre correspondant étranger, qui nous a été adressée par M. Bétrix. Il nous envoie à l'appui de sa demande un travail intitulé : *Du tamponnement utérin en gynécologie appliqué à la dilatation et à la thérapeutique*. Genève 1889.

M. Bétrix n'est pas un inconnu pour nous, il a déjà publié plusieurs mémoires ayant trait à ce sujet et nous devons nous borner à l'exposé de ces recherches spéciales qu'il a seules soumises à notre appréciation.

Inutile d'indiquer le manuel opératoire qui a été conseillé par M. Vulliet. L'auteur pense que le tamponnement intra-utérin consiste en une méthode qui a tous les avantages des autres procédés de dilatation, sans en avoir les inconvénients. Ce point demande quelques éclaircissements.

Il n'est d'ailleurs pas douteux, cela est reconnu par M. Bétrix, que l'introduction des tentes est moins douloureuse que le tamponnement. Mais pendant son application le tamponnement intra-utérin provoque des douleurs assez intenses pour qu'on décide difficilement les malades à en supporter le renouvellement régulier. Il est vrai qu'une fois placé, il est assez bien supporté. « Il est rare, suivant M. Bétrix, qu'il produise des coliques et des douleurs expulsives. » Je reconnais, en effet, que les tentes sont dans la journée qui suit leur application l'occasion de coliques utérines vives, mais entre ces douleurs et celles moins intenses du tamponnement, il n'y a qu'une question de degré. Je ne puis du tout souscrire à l'opinion de M. Bétrix, qui affirme que le tamponnement constitue un pansement agréable.

Dans mes observations j'ai toujours trouvé que les tampons prenaient de l'odeur lorsqu'on les laissait séjourner plus d'une journée entière. Cet inconvénient n'existe plus au même degré lorsqu'on se sert de laminaire ou d'éponges aseptisées à l'aide de

l'éther iodoformé, par exemple. Enfin, tandis que l'action des tentes est rapide, celle du tamponnement est très lent, et l'auteur reconnaît que lorsqu'on veut aller vite, il faut associer les tampons aux tentes. Dans ce cas, pourquoi employer les tampons ?

J'ai souvent laissé des éponges et des tentes aseptiques dans l'utérus plus de trois jours et je n'ai pas observé ces accidents, cette fièvre sur laquelle insiste M. Bétrix. Sur ce point les tentes ne me paraissent pas devoir le céder aux tampons, aussi bien d'ailleurs que sur la prétendue action du drainage.

Nous considérons comme une imprudence de laisser une femme chez laquelle on a introduit une tente, marcher, aller et venir. Nous ne saurions donc au même titre admettre qu'il est prudent qu'une femme à laquelle on a pratiqué le tamponnement intra-utérin puisse vaquer à ses affaires. Il nous est impossible d'approuver M. Bétrix s'il accorde à ses clientes cette permission.

Le tamponnement intra-utérin d'après la méthode de Vulliet nous paraît posséder sur la dilatation par les tentes un avantage incontestable : c'est de maintenir la dilatation et de constituer dans certains cas un mode de pansement, et d'introduction de poudres médicamenteuses. Reste à considérer dans quels cas on peut tirer parti de cet avantage.

Nous pourrions l'envisager dans trois conditions : 1° lorsque la cavité du corps de l'utérus est préalablement distendue par un corps étranger ou un néoplasme, un corps fibreux, par exemple ; 2° lorsque le muscle utérin est altéré ou paralysé sous l'influence d'un néoplasme destructeur, d'un cancer par exemple ; 3° lorsque la cavité utérine n'est pas distendue, comme dans les affections péri-utérines ou dans la métrite.

1^{er} CAS. La cavité utérine est distendue par un corps étranger ou par un néoplasme. — Alors, ou bien, le corps étranger ou le néoplasme peuvent être immédiatement enlevés dès que le col est suffisamment dilaté pour laisser passer l'instrument ; ou bien on ne peut enlever d'un seul coup le corps étranger ou le néoplasme.

Dans le premier cas il y a intérêt d'aller vite ; les tentes, les dilateurs mécaniques, les bougies graduées me paraissent préférables aux tampons, et la nécessité d'un pansement de la cavité utérine consécutive à l'opération ne s'impose ordinairement pas.

Dans le second cas, il n'en est pas forcément de même et je crois que le tamponnement intra-utérin peut rendre des services. C'est ainsi que lorsqu'il s'agit de corps fibreux non énucléables, on pourra, à l'aide du maintien de la dilatation de l'utérus, instituer un traitement indiqué.

Dans cet ordre de faits se range la rétention utérine de restes placentaires à la suite de l'avortement incomplet. J'ai vu avec plaisir que M. Bétrix n'approuvait pas le raclage de l'utérus à la suite de l'avortement et qu'il restait dans une réserve prudente au sujet du traitement des suites de couches à l'aide du tamponnement intra-utérin, à plus forte raison, pourrai-je ajouter, à l'aide de moyens plus radicaux.

A ce sujet j'ai à cœur d'ouvrir une parenthèse et de vous demander un instant d'attention bienveillante. Vous vous rappelez qu'en juillet dernier j'ai dû apprécier les travaux de M. Misrachi, partisan du curage de l'utérus dans l'avortement et dans le traitement des suites de couches.

Je crois que mes critiques ont été très modérées et courtoises. Finalement mes conclusions étaient tout en faveur de M. Misrachi, que vous avez bien voulu nommer membre correspondant étranger sur ma proposition.

M. Misrachi a publié dans les *Nouvelles Archives* de novembre 1889, un article de polémique très vif dont je ne veux retenir que quelques points.

Le premier est sa statistique d'intervention dans l'avortement. La voici : M. Misrachi nous dit que sur 92 cas de fausses couches, 32 fois elle s'est faite toute seule, que 60 fois il a été amené à intervenir plus ou moins activement, soit 62,5 o/o d'intervention, que sur ces 92 cas, il lui a été donné 47 fois d'être appelé dès le premier symptôme et de pouvoir instituer *illico* un traitement rationnel, 32 avortements se sont terminés seuls et 15 fois il a été obligé d'intervenir, soit 31,90 o/o.

Je rapproche de ces résultats ma statistique ayant trait au pronostic de l'avortement : lorsque celui-ci est spontané on obtient 0,3 o/o de mortalité et 10 o/o de fièvre, lorsqu'il est artificiel, 4 o/o de mortalité et 36 o/o de fièvre.

Je reste convaincu que M. Misrachi, en suivant la ligne de conduite qu'il a adopté, a eu ou aura des mécomptes graves.

Enfin M. Misrachi, opposant une de mes observations qui remonte en janvier 1886 à la ligne de conduite que j'ai indiquée

dans mon rapport de juillet 1889, me reproche mes contradictions.

Voyez plutôt, dit-il : Madame M., enceinte de 4 mois, avorte le 16 janvier ; rétention du délivre, tentatives infructueuses par la sage-femme de délivrance artificielle ; le 18 janvier, extrême fétidité de l'écoulement, fièvre, frissons. M. Porak la voit le 20 ; il constate que le col est ramolli et entr'ouvert, mais, ajoute-t-il, l'orifice interne ne permet pas d'introduire plus d'un doigt. C'était suffisant ; dans tous les cas, il aurait été facile de l'élargir davantage et comme la fièvre et la fétidité duraient depuis trois jours révolus, et que dans le cas spécial il s'agissait non pas de la rétention probable d'un fragment quelconque, mais de la rétention certaine d'un délivre complet, vous pensez que M. Porak, d'après ses propres préceptes, devait se hâter d'en faire l'extraction ; il prescrit des injections et la femme entre dans le service où on se décide à faire quelque chose... etc. Pourquoi donc avoir tant attendu, s'arrêter à mi-chemin ? Que dirait-on d'un chirurgien qui, devant un cas de hernie étranglée, se décide à opérer, incise les téguments, arrive sur l'intestin et après avoir constaté que l'étranglement est réel, remet le débridement au lendemain.

Et ainsi de suite sur le même ton. Vous pouvez en juger par ce passage.

Je ne veux pas recevoir la leçon que me donne M. Misrachi, sans vous dire que je ne crois pas qu'elle est méritée. La femme dont il s'agit était soignée non par une sage-femme, mais par un médecin le 20 janvier lorsque je l'ai vue en consultation avec lui. Je me suis mis à la disposition de mon confrère pour enlever le placenta le plus tôt possible. Cette opération n'a été faite que le 22 parce que c'est à cette date seulement que la malade s'est décidée à venir demander mon intervention à l'hôpital. On a fait les injections intra-utérines dans l'intervalle ; il n'y avait rien de mieux à faire, puisque la malade ne voulait pas qu'on l'opérât. Si je n'ai pas enlevé la totalité du placenta dès la première séance opératoire, c'est que cette ablation n'a pas été possible.

Au reste de la polémique, il ne s'agit que de raisonnements qui tendent à établir une démonstration par l'absurde. Dans les sciences d'observation où on procède par induction, cette manière de raisonner n'entraîne pas forcément la conviction. Quant aux faits et aux arguments que j'ai fait valoir à l'appui de

mon opinion, bien entendu, M. Misrachi n'en souffle pas mot.

Messieurs, vous m'excuserez d'avoir ouvert de nouveau ce débat, mais la situation d'un rapporteur dont l'attention la plus scrupuleuse et la plus soutenue est d'éviter toute parole blessante, serait intolérable s'il ne pouvait émettre une opinion personnelle contradictoire à propos des mémoires qu'on soumet à son appréciation sans risquer de se voir attaquer aussi vivement et aussi injustement que je l'ai été de la part de M. Misrachi.

Mais revenons au mémoire de M. Bétrix.

2° CAS. — *Le tissu utérin est profondément altéré par un néoplasme.* — Le tamponnement peut encore rendre de réels services. Je m'en suis bien trouvé dans plusieurs cas de cancer, mais à titre de pansement et d'adjuvant à une thérapeutique palliative. Dans les deux cas de cancer que j'ai soignés par ce procédé, le néoplasme a continué à faire des progrès, que n'ont pu enrayer ni les cautérisations au fer rouge les plus énergiques, ni les cautérisations au chlorate de zinc. Néanmoins le tamponnement m'a paru un pansement commode.

3° CAS. — *La cavité utérine n'est pas distendue.* — Ce n'est pas ici le lieu de discuter pied à pied le traitement conseillé par l'auteur dans l'endométrite, dans les déviations, dans les inflammations péri-utérines.

J'ai déjà eu l'occasion de dire mon sentiment à propos d'un rapport que j'ai fait à l'appui de la candidature de M. Pouillet, mes opinions n'ont pas changé depuis ce moment.

Je n'ai l'intention que de relever certains points qui ne me paraissent pas bien clairs dans l'argumentation de l'auteur.

Pour moi, il est très difficile dans ces cas de distendre largement la cavité du corps de l'utérus. C'est le col qui cède, qui se dilate et s'amincit, qui s'allonge. On peut bien arriver à distendre la cavité du corps de façon à introduire le doigt et c'est tout. Ma conviction est qu'on y arrive mieux, plus rapidement, avec autant de sécurité à l'aide des tentes ou des bougies graduées. Il ne m'est en aucune façon démontré que le tamponnement intra-utérin soit un traitement de l'endométrite supérieur au curage ou aux cautérisations. Il est incontestablement plus long.

D'ailleurs, Landau reconnaît implicitement cette difficulté de la distension de la cavité du corps de l'utérus.

« Dans tous les cas, dit-il, où il n'existe dans la cavité utérine

aucun contenu anormal, celle-ci se dilate *au fond plus difficilement et plus lentement*, de sorte qu'une dilatation lente et incomplète après l'introduction de la gaze iodoformée est pour moi un indice très précieux et précis qu'il n'y a rien dans la cavité. »

Remarquez, messieurs, que Landau a opéré ce tamponnement intra-utérin, plus de 200 fois et que son opinion a une réelle importance.

J'ai constaté, pour ma part, que sous l'influence de la dilatation, la cavité utérine prenait des dimensions plus étendues aussi bien dans le sens vertical que dans les autres sens, et que la masse de l'organe paraissait augmentée de volume.

L'auteur insiste, en effet, en plusieurs points de son travail, sur la succulence du muscle utérin ; il dit quelque part expressément que prolongé pendant un certain temps, le tamponnement amène à la longue une hyperplasie notable des parois utérines, ainsi que le fait la grossesse à l'état normal. Aussi M. Bétrix semble se contredire lorsqu'il affirme avoir observé une diminution notable de l'utérus dans la métrite chronique.

Ces observations différentes de l'auteur, je ne les conteste pas, doivent répondre à des conditions différentes qui demanderaient à être définies et à être élucidées.

Le tamponnement intra-utérin devient dans le plaidoyer qu'en fait M. Bétrix une méthode de traitement et de pansement applicable à presque toutes les affections subaiguës ou chroniques de l'utérus. Je crois qu'il faut en rabattre beaucoup et, en somme, je serais disposé à restreindre ses indications au traitement des corps fibreux non pédiculés et du cancer de l'utérus.

Les mémoires de M. Bétrix ont contribué d'une façon importante à vulgariser le mode de traitement qui appartient à *Vulliet*. Il a été employé par *Vaucher*, *Landau*, *Fritsch*, accepté sous certaines réserves par *Duhrsen*, *Charpentier*, *Dolérès*, *Auvard* et *par moi-même*. L'auteur a donc rendu un réel service.

Il a été médecin assistant de clinique obstétricale et gynécologique de Genève, il s'occupe actuellement d'accouchement et de maladies des femmes à Lausanne ? Sa place parmi nos membres correspondants étrangers me semble tout à fait justifiée et j'espère que vous voudrez bien lui accorder vos suffrages.

M. PAJOT. — Je ne dirai qu'un seul mot à propos du céphalotribe. J'affirme qu'avec l'instrument modifié on peut faire tout ce qui est nécessaire dans les rétrécissements du bassin. J'ai vu appliquer l'instrument par Paul Dubois qui avait imaginé une manœuvre pour obvier à l'inconvénient résultant de la forme de l'instrument. Les branches de l'instrument ont en effet la forme d'un V ; quand on les rapproche elles tendent à chasser le corps saisi par leur ouverture. On prévient ce glissement en plaçant un aide sur le lit qui exerce une contrepression sur la tête. Quand l'instrument est bien placé, on broie complètement la tête, la base comprise. J'ai fait passer une tête ainsi broyée dans un rétrécissement de 36 millim. Par le broiement successif, on arrive à réduire la tête en une sorte de bouillie et à la faire passer dans des bassins de 36 millimètres. La tête fuit quelquefois, ai-je dit ; pour prévenir cet inconvénient, j'ai adapté à l'instrument deux ailettes qui s'opposent à tout glissement. Dans le Dictionnaire encyclopédique, j'ai insisté sur la façon dont il faut placer l'instrument. J'ai dit qu'il fallait porter fortement en arrière la branche ; M. Tarnier l'a constaté, mais j'ai démontré que cela était absolument nécessaire, puisque la tête, quand le rétrécissement est prononcé, est rejetée en avant.

Je rappellerai un cas de la clinique. Il s'agissait d'un rétrécissement de 6 centimètres. Le chef de clinique avait appliqué sans succès le céphalotribe. Je l'appliquai à mon tour, et au bout de quelques minutes la tête était extraite ; ne jamais se lasser et agir suivant des règles précises, telles sont les conditions du succès de l'accoucheur.

Elections pour 2 places de membres correspondants étrangers. — MM. BÉTRIX et NARICH sont nommés, à l'unanimité, membres correspondants étrangers.

Rapport de M. Porak sur la candidature de M. Cordes au titre de membre correspondant national. — Enfin M. Cordes a adressé une lettre à M. Charpentier par laquelle il demande d'être compté parmi nos membres correspondants nationaux.

Il n'a envoyé aucun travail à l'appui de sa candidature.

Mon rapport va donc se trouver considérablement facilité.

M. Cordes est bien connu en France depuis 1872, année où a paru sa traduction des leçons devenues classiques de Barnes *Sur les opérations obstétricales et le traitement des hémorrhagies*.

M. Cordes, qui fut pendant longtemps un assistant des grandes maternités d'Angleterre, y a pris tous ses grades et participa à la plupart des congrès médicaux qui y tiennent leurs assises, est très au courant de la littérature anglaise qui a trait à l'obstétrique et à la gynécologie. Nous lui devons diverses traductions, dont voici quelques titres :

1° *Depuis quand et comment les hommes furent-ils employés comme accoucheurs*. Ann. de Gyn. 1887. Trad. d'un mémoire de Goodel.

2° *Revue sur les pessaires intra-utérins employés en Angleterre*. Ann. de Gyn. 1876.

3° *Des dangers des manipulations et des opérations utérines les plus simples*. Ann. de Gyn. 1880. Traduction du mémoire d'Engelmann.

4° *Les opérations inutiles en Gynécologie*. Ann. de Gyn. 1881. Traduction d'un mémoire de Clifton E. Wing.

On voit par le choix de quelques-uns de ces mémoires que l'auteur n'est pas un téméraire en chirurgie gynécologique. Dans ce même ordre d'idées, nous pourrions encore citer sa communication au Congrès de Washington (1887) qui a trait au *Traitement médical du cancer utérin*.

Dans ce travail l'auteur n'envisage que le cas où le cancer de l'utérus est déclaré inopérable. Il critique l'utilité des différents médicaments qui ont été conseillés aussi bien dans leur administration interne que dans leur application externe. Il s'étend en particulier sur le bon effet du pansement à l'aide de tampons imbibés d'un mélange à parties égales d'huile et de térébène. On obtiendrait par ce traitement une diminution de l'écoulement ichoreux, on en combattrait efficacement l'odeur, on modérerait les risques d'hémorrhagies et, somme toute, on ralentirait la marche envahissante du cancer. Cette observation vient à l'appui de la conclusion que nous avons admise dans le traitement du cancer utérin par le tamponnement conseillé par Vulliet.

Dans un mémoire publié dans les *Ann. de Gynécologie* en 1886, l'auteur préconise l'emploi de viburnum prunifolium comme utéro-sédatif, et du sulfate de quinine comme utéro-moteur.

On peut encore citer un mémoire étendu de l'auteur sur la *réten-tion du placenta dans l'avortement*. (*Ann. de Gynéc.*, 1886.) Il est éclectique au point de vue de l'intervention dont il n'admet que quelques indications. « S'il me fallait, dit-il, résumer le résultat de mon expérience et de mes lectures, je dirais volontiers : Je crois qu'il a été fait plus de mal par une intervention intempestive, violente ou maladroite que par une expectation trop prolongée. » Je suis absolument de l'avis de l'auteur.

M. Cordes, qui est un thérapeute distingué et fervent, attache cependant un peu trop de confiance à l'utilité des médicaments dans le traitement de l'avortement incomplet. Je suis, pour ma part, fort sceptique sur l'efficacité réelle des médicaments administrés à l'intérieur dans ces cas. Il cite et étudie successivement l'usage du sulfate de quinine, de l'ergot, de l'alun, du borax, de la canelle, de la térébenthine, du chanvre indien, des boissons acidulées et du perchlorure de fer. On ne court, en effet, pas grand risque de recourir à quelques-uns de ces médicaments, mais il ne faut pas oublier qu'en accouchement une grande patience ne doit pas être exclusive d'une décision prompte et énergique devant des indications qui doivent être formellement élucidées.

M. Cordes est chirurgien adjoint de la clinique obstétricale et gynécologique de la maternité de Genève. Sa situation officielle s'ajoute à son activité scientifique pour le recommander spécialement à vos suffrages.

M. le D^r Cordes est élu, à l'unanimité, membre correspondant national.

Renouvellement du bureau pour l'année 1890. Elections.

VICE-PRÉSIDENTS : 1^{er} vice-président, M. le D^r Charpentier. — 2^e vice président, M. le D^r Lucas-Championnière.

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL : M. le D^r Porak est nommé secrétaire général en remplacement de M. le D^r Charpentier, nommé vice-président.

TRÉSORIER ARCHIVISTE : M. le D^r Verrier.

SECRÉTAIRE ANNUEL : M. le D^r Greslou, en remplacement de M. le D^r Rey dont le mandat est échu.

SECRÉTAIRE-ADJOINT : M. le D^r Jouin, en remplacement de M. le D^r Greslou, secrétaire-adjoint, qui devient de droit secrétaire annuel.

Manœuvres obstétricales. Faits cliniques, par F. LOVIOT. — J'ai l'honneur de soumettre à la Société une nouvelle série de faits cliniques relatifs à trois manœuvres obstétricales dont j'ai pris l'initiative :

1^o Réduction manuelle suivie ou non d'application de forceps dans les variétés postérieures du sommet et de la face. — *Annales de Gynécologie*, octobre 1884, 1^{er} mémoire. — Société obstétricale, 13 décembre 88, 2^e mémoire.

2^o Version par manœuvres vagino-abdominales sous le chloroforme pendant la grossesse dans les présentations du siège engagé. — Mémoires (Société obstétricale), séance du 8 décembre 1887. — 10 mai 1888. — Observations consignées dans la thèse inaugurale du D^r Corriez, 1888. — (De la version dans les présentations du siège engagé.)

3^o Version dite brusquée. — Nouvelle technique. — Mémoire (Société obs. séance du 12 juillet 1888.)

O I D P. — *Application de forceps après réduction manuelle. — Plusieurs applications pour avoir une saisie régulière de la tête fœtale.*

Le 14 octobre 1889, je fus mandé par Mme F., sage-femme, chez Mme A. (passage Tivoli), dont l'accouchement paraissait nécessiter une intervention.

Mme A., 20 ans, secondipare (avortement de 2 mois, 3 mois avant le début de la présente grossesse, sans cause appréciable, a été nourrie au sein par sa mère, a marché de bonne heure), réglée à 15 ans périodiquement et d'une bonne santé habituelle.

D. R., première semaine de janvier 1888. — Mme A. est donc à terme. La grossesse a été bonne. Pas d'albumine dans l'urine.

Quand j'arrive, la dilatation de l'orifice est complète. Il s'agit d'une O I D P tête engagée, indiscutable ; les choses sont ainsi

depuis plusieurs heures. Les contractions utérines sont impuissantes à modifier cette situation. Enfant vivant. Mme A est placée en position obstétricale, j'introduis la main gauche, 4 doigts en arrière, le pouce en avant de la tête fœtale, de manière à entraîner cette tête aussi exactement et solidement que possible et au moment d'une contraction, je m'efforce de la fléchir et de la faire tourner à gauche. Je réussis assez bien, j'applique le forceps en commençant par la branche droite, mais je m'aperçois bientôt que ma prise n'est pas parfaite; je retire mon forceps; je recommence la réduction. Nouvelle application. La saisie de la tête ne me satisfait pas encore, le forceps est extrait de nouveau. Je réduis pour la troisième fois. Je place mes cuillers. Cette fois j'ai fait une saisie tout à fait régulière. J'avais transformé l'O I D P en O I D A et j'avais placé le forceps comme il convient de le faire en pareil cas.

Extraction facile alors d'une fille de 6 liv. 1/2 à 7 liv. environ, bien vivante. Suite de couches normales.

J'ai relaté ce fait pour établir qu'il ne faut pas craindre de refaire la réduction manuelle et l'application du forceps jusqu'à ce qu'on ait une bonne prise, une saisie régulière. C'est, en fin de compte, du temps gagné. On prend ainsi mieux les intérêts de la mère et de l'enfant; on procède plus par art que par force.

D'autre part, il est bon que l'on sache que la réduction manuelle peut présenter certaines difficultés, que l'on peut vaincre, à la vérité, la plupart du temps, mais dont il ne faut pas méconnaître la réalité.

Rotation intérieure de la tête en arrière ou accompagnée de celle des épaules.

Vers le milieu du mois de juin de la présente année, mes confrères les D^{rs} V. et P. me prièrent de me joindre à eux pour terminer l'accouchement d'une dame P., espagnole (rue de Berry) qu'ils assistaient.

Mme P., primipare, était à terme et en travail.

Dilatation complète. Membranes rompues. Tête engagée.

Quand j'arrivai, je trouvai l'utérus contracté d'une façon à peu près permanente, bien qu'on n'eût pas administré de seigle.

Présentation du sommet. La suture sagittale dessinait le diamètre oblique droit, mais pas bien franchement: c'était plus qu'une occipito-sacrée et moins qu'une occipito-iliaque pos-

térieure. La tête était un peu défléchie et la fontanelle antérieure était accessible en avant et à droite. L'état de l'utérus ne me permit pas de pratiquer l'auscultation du fœtus assez sérieusement pour me faire une opinion ferme sur son état de vie ou de mort. Le palper était également très difficile pour la même raison.

Je diagnostiquai une O I G P non réduite. Une sage-femme présente avait diagnostiqué quelques heures avant mon arrivée, tant à l'auscultation qu'au toucher une O I D P. Mais nous fûmes d'accord qu'il n'en était pas ainsi au moment de mon examen et je crus que l'on s'était trompé.

Mme P. mise en situation obstétricale, je me mis en devoir de pratiquer la réduction manuelle.

J'eus beaucoup de peine, et malgré des tentatives répétées, je réduisais mal, incomplètement ; la tête avait une tendance invincible à retourner en arrière. Bref, je ne pus faire l'application que je désirais et j'amenai avec le forceps la tête fœtale en O. S. L'enfant était mort depuis quelques heures au moins.

La tête dégagée, elle ne tarda pas à accomplir sa rotation extérieure — non à gauche, mais à droite — et je pus constater que le dos du fœtus était à droite.

Il n'y avait pas de circulaire du cordon.

Je pus extraire, non sans peine, un très gros enfant, qui pesait près de 9 livres, bien qu'il eût perdu une très grande partie de son méconium.

Il ne s'agissait donc point d'une position gauche, mais d'une droite. Seulement, la tête seule avait accompli un mouvement de rotation intérieure, spontané et très étendu en arrière, les épaules restant immobiles.

Le volume très considérable des épaules expliquait jusqu'à un certain point cette anomalie.

Ce fait est à rapprocher de deux cas analogues signalés par M. Budin, l'un dans le *Progrès Médical*, 1877, p. 45, l'autre dans son livre : *Obstétrique et Gynécologie*, p. 560, année 1886, — où le premier est reproduit — et de deux observations de Paul Dubois (*Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, t. 3, p. 208), relatées par le même auteur.

Seulement, dans tous ces faits, ce n'est pas en arrière, mais en avant, non du côté du sacrum, mais du pubis, que s'est effectuée la rotation isolée de la tête fœtale.

Lors donc que la réduction manuelle, méthodiquement pratiquée, ne donnera pas de résultat satisfaisant, il conviendra de rechercher avec la plus grande attention la direction du dos du fœtus.

On pourrait se trouver, exceptionnellement à la vérité, en présence d'un fait semblable au nôtre.

Siège décomplété, fesses seules, profondément engagé dans un bassin un peu rétréci chez une primipare. — Rétropulsion par manœuvres vagino-abdominales et version céphalique au 8^e mois de la grossesse sous le chloroforme. — Accouchement à terme en présentation du sommet. — Application de forceps. — Enfant vivant.

Je relate d'autant plus volontiers cette observation, qu'il s'agit d'une rétropulsion manuelle du siège engagé, effectuée en ville où l'on m'avait objecté, ici même, que je ne pourrais la faire admettre.

Mme D., 22 ans, rue Pergolèse, primipare, nourrie au sein pendant 6 mois, ensuite au biberon, réglée à 12 ans, 2 fois par mois, restait quelquefois 2 mois sans voir. — Bonne santé habituelle.

Mariée le 20 septembre 1887. Elle fut réglée le 28 septembre du même mois, c'est-à-dire 8 jours après son mariage et ne revint plus. Elle accouchait le 15 juillet 1888, 9 mois 1/2 après la cessation de ses dernières règles.

Assez bonne grossesse. Pas d'albumine dans l'urine.

L'ayant examinée à plusieurs reprises dans le courant du 8^e mois, je constatai un siège décomplété, fesses seules, profondément engagé en S I G, tête en haut et à droite, sensibilité assez vive en ce point. J'avais pu constater, tout au début de la grossesse, que la face antérieure du sacrum était accessible, mais la viciation du bassin ne m'avait pas paru de nature à nécessiter un accouchement prématuré ; je me réservais, du reste, de suivre et d'apprécier le développement du fœtus.

Je proposai, à la fin du 8^e mois environ, la version sous le chloroforme. Elle fut acceptée. Je dois dire que deux doigts introduits dans le vagin pour essayer de soulever la région fœtale engagée, ne m'avaient donné aucun résultat et que, d'autre part, la paroi abdominale avait une très grande tonicité.

Le 14 juin 1888, de très bonne heure, afin de pouvoir me trouver à la clinique à l'heure du service, je me rendis chez Mme D., assisté de deux moniteurs. Nous endormîmes complètement Mme D., et je pus, sans lui faire prendre la position obstétricale, ayant introduit la main gauche toute entière dans le vagin, repousser le siège, le mobiliser et, m'aidant de la main droite, main abdominale, déplacer la tête fœtale et l'amener en regard du détroit supérieur.

Un bandage de corps fut immédiatement appliqué ; mais je craignais peu un nouveau déplacement, car il s'agissait d'une primipare et la tonicité utéro-abdominale était assez considérable. Il ne paraissait pas non plus y avoir de liquide amniotique en excès.

Un peu de sang, dû à la déchirure artificielle, par la main, de l'orifice vaginal — hymen — s'était écoulé pendant l'intervention comme il arrive, en pareil cas, chez les primipares.

C'est un obstacle de moins et besogne faite au moment de l'accouchement.

Mme D. se remit très bien. Je la revis ensuite à plusieurs reprises. La tête fœtale était toujours en bas et tendait à s'engager de plus en plus.

Le 15 juillet 1888, c'est-à-dire 1 mois et 1 jour après la manœuvre, je fus appelé près de Mme D., qui était en travail.

Blonde, grasse, la fibre molle, je fus obligé d'intervenir par une application de forceps pour terminer l'accouchement. Le fœtus se présentait en O I G A.

Il n'y avait pas plus de liquide amniotique que de raison.

L'enfant était petit (5 livres), bien vivace. La tête paraissait très grosse par le fait de la bosse séro-sanguine, mais quelques heures plus tard elle prenait un volume normal.

Malgré le petit volume de l'enfant, l'inertie utéro-abdominale, la résistance des parties molles ont nécessité une terminaison artificielle de l'accouchement. Si nous tenons compte, d'autre part, de la primiparité, d'un certain degré d'angustie pelvienne, et de ce que le forceps appliqué sur la tête première prend mieux l'intérêt de l'enfant que l'extraction manuelle ou instrumentale dans la présentation du siège, nous pensons que la conduite suivie par nous est suffisamment justifiée.

A quelque temps de là, je fus invité par le Dr P. à examiner une de ses clientes, Mme M. (faubourg Saint-Honoré), primi-

pare âgée, chez laquelle il avait reconnue au 8^e mois de la grossesse une présentation du siège en S I D.

Nous fûmes d'avis conforme. Bassin normal — fœtus d'un volume moyen — siège peu engagé — tonicité et sensibilité notables de la paroi abdominale.

Des tentatives ordinaires de version céphalique par manœuvres abdominales furent infructueuses, la portion du siège engagée ne pouvant être mobilisée, et Mme M. ne nous laissant guère notre liberté d'action.

Après avoir fait ressortir les conditions défavorables pour l'enfant qui résultaient de la présentation du siège, chez une primipare âgée, nous proposâmes la version sous le chloroforme. On préféra courir les risques.

Je suivis et je dirigeai avec mon confrère l'accouchement de Mme M. un mois plus tard.

Les membranes se rompirent prématurément, après l'effacement du col, mais avant sa dilatation, ce qui donna lieu à une singulière erreur dont j'ai fait la relation à notre Société. On avait pris, avant mon arrivée, l'orifice utérin pour l'anus du fœtus. Le fœtus perdit, dès lors, beaucoup de méconium, non par pression mécanique, mais parce qu'il souffrait et que son cordon était vraisemblablement comprimé à certains moments. Il y eut inertie utéro-abdominale presque complète. Il fallut faire l'extraction manuelle, sans être suffisamment aidé par les forces expultrices naturelles. Bref, j'amenai un enfant peu volumineux, que nous ne pûmes ranimer.

Il m'a paru intéressant et opportun d'opposer ces deux faits.

Présentation de l'épaule droite dorso-postérieure. — Version dite brusquée pour une dorso-postérieure de l'épaule droite la parturiente étant dans le décubitus latéral droit.

Le 19 juin 1889, à 3 heures du matin, mon confrère le Dr V. vient me chercher pour me rendre avec lui chez une dame R., demeurant rue des Boulangers, et auprès de laquelle il venait d'être mandé.

Il s'agissait, me dit-il, d'une présentation de l'épaule; la main droite de l'enfant faisait saillie hors de la vulve et l'enfant était vivant, au moment du départ de mon confrère, remontant à une heure environ, car sa main avait accompli des mouvements en sa présence.

Chemin faisant, j'appris qu'il s'agissait d'une personne de 34 ans, forte, bien constituée, auvergnate, tenant un débit de vins et prêchant volontiers d'exemple.

Cette dame était enceinte pour la sixième fois. Les cinq premiers accouchements avaient été bons, toujours des sommets, et l'assistance d'une sage-femme lui avait suffi jusqu'alors.

C'est cette même sage-femme, à laquelle elle avait eu recours précédemment, qui se trouvait auprès d'elle lors de la venue de mon confrère.

La grossesse actuelle avait été bonne. Mme R. était à terme. Les membranes étaient rompues depuis 10 heures du soir.

Nous arrivâmes à 4 heures du matin.

La main droite de l'enfant dépassait la vulve. Les doigts de cette main se repliaient sur mon index et y exerçaient une certaine pression.

Mme R. se plaignait beaucoup, son utérus se contractait avec beaucoup d'énergie et ne s'assouplissait pas dans l'intervalle des contractions.

Le palper me permit cependant de reconnaître la tête fœtale à droite, un peu au-dessus de la fosse iliaque.

A l'auscultation, bruits du cœur fœtal normaux.

Ayant fait placer Mme R. en position obstétricale, je renouvelai *larga manu* l'exploration vaginale que j'avais faite lorsqu'elle était encore dans le décubitus dorsal, et je pus ainsi bien établir qu'il ne s'agissait pas d'une procidence d'un membre avec une autre présentation, l'issue de la main hors de la vulve éloignant du reste cette supposition, qu'il n'y avait pas de procidence d'un membre ou du cordon, et que c'était bien l'épaule qui se présentait. J'arrivai dans le creux de l'aisselle ouvert à gauche, je trouvai le gril costal en avant, j'avais la main droite du fœtus dans mon autre main, il s'agissait donc d'une présentation de l'épaule droite dos en arrière.

L'orifice utérin embrassait assez exactement l'épaule qui tendait à s'engager, mais il paraissait suffisamment dilatable.

On fait respirer à Mme R. un peu de chloroforme, mais comme elle n'était pas trop indocile et que la situation n'admettait pas de trop longs retards, je commençai immédiatement l'intervention.

Un lacs ayant été placé sur le poignet de l'enfant, j'introduisis la main droite, selon la règle classique, pour passer derrière le

siège, le contourner et arriver ainsi sur les pieds. L'orifice utérin ne m'opposa pas d'obstacle sérieux. Mais l'utérus fortement appliqué sur le fœtus ne me permit pas d'insinuer ma main entre sa paroi et le plan postérieur de l'enfant, et il me fallut renoncer à cette entreprise.

Restait la version brusquée. Je la pratiquai selon le procédé que j'ai proposé et que j'ai exposé tout au long dans un mémoire présenté à cette Société en sa séance du 12 juillet 1888, où je concluais que dans les dorso-postérieures, il convenait, pour pratiquer la version dite brusquée, de placer la femme dans le décubitus latéral, de l'incliner du côté opposé à celui qui correspond aux pieds du fœtus et d'introduire la main de même nom que ces pieds, la gauche si les pieds sont à gauche, la droite si les pieds sont à droite.

Positions dorso-postérieures. — Epaule droite, flanc droit, main gauche. — Epaule gauche, flanc gauche, main droite.

Je résumais ainsi les avantages de cette technique :

1° La main de l'opérateur est introduite dans une situation intermédiaire à la pronation et à la supination, attitude non forcée par conséquent ;

2° La paume de la main est dirigée d'emblée et naturellement du côté où sont les pieds ;

3° On a pour soi l'action de la pesanteur ; les pieds en raison de leur situation supérieure, tendant en quelque sorte à tomber dans la main qui va à leur rencontre ;

4° Le décubitus latéral a sur la position genu-pectorale, entre autres avantages, celui de permettre l'administration du chloroforme.

Je couchai Mme R. sur le côté droit, les pieds du fœtus étant à gauche, et j'introduisis la main gauche, dans une situation intermédiaire à la supination et à la pronation, la paume de la main regardant ainsi les pieds.

J'atteignis ainsi facilement un pied, dont je me contentai et que je saisis et amenai au dehors.

Cela fait, je fis reprendre à Mme R. le décubitus dorsal et je terminai sans aucun incident opératoire.

Le fœtus vint très étonné, mais au bout de 25 minutes il était complètement ranimé, sans qu'il eût été nécessaire de recourir à l'insufflation. C'était un garçon d'un volume moyen.

Délivrance normale.

L'enfant envoyé en nourrice est actuellement très bien portant.

Dans la matinée du 4^e jour après notre intervention, le docteur qui m'avait assisté traversait le Jardin des Plantes pour se rendre chez notre cliente ; il ne fut pas peu surpris de la voir tranquillement assise sur un banc dudit jardin et comme il lui manifestait son étonnement, Madame R. lui dit que « c'était son habitude ».

M. GUÉNIOT. — Je ne saisis pas bien le sens de cette expression : version brusquée. Quand on fait la version on va chercher les pieds là où ils sont. C'est la règle classique. Mais on ne fait pas toujours comme l'on veut, et force est bien de s'orienter.

M. LOVIER. — La version dite brusquée consiste à aller chercher les pieds où ils sont, par le plus court chemin — par la voie la plus directe — au lieu d'introduire la main d'abord au fond de l'utérus et de s'orienter ensuite.

M. PAJOT. — L'expression version brusquée est de Mme La-chapelle. Quand on ne sait où sont les pieds, Paul Dubois conseillait d'aller introduire la main jusqu'au fond de l'utérus et là de s'orienter, ramener la main en avant, en la fléchissant sur le parquet. Si les pieds sont en arrière, on les rencontrera forcément.

Il y a 15 ans, je fus appelé chez une mercière du boulevard Montparnasse ; il s'agissait d'une présentation de l'épaule ; je fis la version. Le lendemain, c'est-à-dire 8 heures après la version, je passai voir ma malade ; je la trouvai dans son comptoir. Je la fis coucher sur-le-champ. On est étonné de voir la résistance que présentent certaines constitutions.

TABLE DES MATIÈRES

PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE.

A		C	
Abaissement de l'utérus amélioré par la grossesse.....	42	Cancer utérin pendant la grossesse.....	133
Ablation du fœtus mort par la laparotomie.....	154	Castration et salpingite.....	21
Accouchement (administration de sulfate de strychnine pendant l'—).....	157	CHARPENTIER, 2, 73, 90, 94, 95, 122, 127, 137, 161, 162, 165, 167, 222, 245, 250	251
— naturels (emploi du chloroforme dans les —)...	167	Chloroforme et tranchées utérines.....	123
— à terme (rétention de portions du placenta dans un —).....	11	— dans les accouchements naturels.....	167
— (mort rapide après l' —).....	245	Col (métrites du — ; diagnostic difficile d'avec un cancer).....	4
— naturels (application des anesthésiques aux —)...	137	CORDES.....	236
Anesthésie obstétricale 137, 167, 223		Cranioclasie (nouveau mode de —).....	252
Anesthésiques appliqués aux accouchements naturels..	137	Curettage de l'utérus (à propos du —).....	45
Application des anesthésiques aux accouchements naturels.....	137		
AUVARD.....	133, 156	D	
Avortements observés à l'hôpital Saint-Louis.....	196	Dilatation de l'utérus pour l'évacuation des collections enkystées de la trompe..	21
AVRARD.....	157, 161, 162	DOLÉRI 9, 20, 21, 41, 66, 76, 97, 116, 117,	122
		Drainage de l'utérus pour l'évacuation des collections enkystées de la trompe...	21
B		DUMONTFALLIER 69, 74, 94, 122, 127,	166
BAILLY...19, 126, 127, 166,	167		
BAR.....	225	E	
Bassin (Petit) chez la femme (tumeur stercorale du —).....	226	Eclampsie dans le travail...	86
BÉTRIX.....	256	Embryotome rachidien nouveau.....	254
BONNAIRE.....	225	Endométrite tuberculeuse chronique.....	77
BOUSQUET, de Marseille....	133	Evolution normale et pathologique du follicule de de	
BUDIN.....	225		
Bureau (renouvellement pour 1890).....	265		

Graaf.....	187	K	
Excision des gros polypes de l'utérus.....	234	Kyste contenant un liquide ressemblant à du pus.....	177
Evacuation artificielle des collections enkystées de la trompe par la dilatation et le drainage de l'utérus....	21	— uniloculaire de l'ovaire.....	243
F		L	
Femme (tumeur stercorale du petit bassin chez la —)	226	LABUSQUIÈRE, 11, 19, 20, 86,	95
Fibrome utérin enlevée par l'hystérectomie abdominale.....	242	Laparotomie pour l'ablation du fœtus mort.....	154
Fistule uréthro-vaginale (procédé nouveau pour l'opération de la —).....	130	Le PILBUR.....	2
Fœtus mort-nés (observations de —).....	90	LOVIOT, 123, 126, 127, 162, 219, 226, 234, 251, 265	273
— mort (ablation par la laparotomie).....	154	M	
Follicule de de Graaf (évolution normale et pathologique du —).....	187	Manceuvres obstétricales...	265
G		MATGRIER.....	225
GRESLOU.....	42	Membranes (rupture prématurée des —).....	66
Grossesse (abaissement de l'utérus amélioré par la —)	42	Métrites du col (diagnostic difficile d'avec un cancer).	4
— gémellaire.....	86	MISRACHI.....	194
— (cancer utérin pendant la —).....	133	Mort rapide après l'accouchement.....	245
— extra-utérine.....	154	N	
GUÉNIOT 3, 9, 10, 69, 74, 94, 222, 223, 235,	273	NARICH.....	251
GUÉRIN 121, 129, 133, 177, 218, 233,	234	O	
H		OLIVIER.....	2, 126
Hystérectomie abdominale pour tumeurs malignes du corps de l'utérus.....	117	Opérations plastiques sur le vagin et la vulve.....	97
— — pour un énorme fibrome utérin.....	242	Ovaire (kyste uniloculaire de l'—).....	243
J		Ovariectomie pour un kyste contenant un liquide ressemblant à du pus.....	177
JOIN.....	77, 86, 95, 218	P	
		PAJOT, 1, 10, 45, 86, 93, 95, 133, 151, 161, 165, 166, 175, 222, 223, 244, 250, 251	274
		PETIT (P.).....	187
		Placenta prævia.....	219
		Placenta (rétention de portions dans un accouchement à terme).....	11

POLAILLON, 4, 10, 116, 121, 130, 133, 162, 166, 219, 242, 243	TERRILLON, 40, 110, 117, 121, 122, 154, 211, 219
Polypes géants de l'utérus (excision des —)..... 234	Tranchées utérines et chloroforme..... 123
PORAK, 40, 66, 69, 70, 76, 184, 222, 223, 251	Tumeurs malignes du corps de l'utérus (hystérectomie abdominale pour —)..... 117
Présentation de pièces..... 74	Tumeur stercorale du petit bassin chez la femme..... 226
— du siège..... 162	
— d'instruments..... 156	
R	U
Rapports de candidature. 184, 251	Utérus (à propos du curetage de l'—)..... 1, 45
Rétention de portions du placenta dans un accouchement à terme..... 11	— (dilatation et drainage pour l'évacuation des collections enkystées de la trompe)..... 21
REY (Marius)..... 167	— abaissé amélioré par la grossesse..... 42
RICHELOT, 75, 193 218	— (hystérectomie abdominale pour tumeurs malignes du corps de l'—).. 117
ROUVIER, de Beyrouth..... 193	— (excision des polypes géants de l'—)..... 234
Rupture prématurée des membranes..... 66	— (hystérectomie abdominale pour une énorme tumeur fibreuse de l'—).. 242
S	V
SABAIL..... 208	Vagin (technique des opérations plastiques sur le—). 97
Salpingite et castration..... 21	VERRIER 162, 243
— tuberculeuse..... 211	Vulve (technique des opérations plastiques sur la —). 97
SCHWARTZ. 4, 10, 74, 121, 234	
SECHEYRON..... 209	
Siège (présentation du —).. 162	
Sulfate de strychnine pendant l'accouchement 157	
T	
Tamponnement utérin en gynécologie..... 256	

